THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 13 décembre 2021
Par Mme Anne-Lise URBIN

LE BIOLOGICAL NURTURING

UNE NOUVELLE APPROCHE DE L'ALLAITEMENT AU SERVICE DES MÈRES À RISQUE DE DEPRESSION POST-NATALE ?

Mise en pratique à l'Officine

Membres du jury :

Président : M. Cuny Damien, Professeur des Universités, Laboratoire de Sciences Végétales et Fongiques, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Directeur de Thèse : Mme Nikasinovic Lydia, Maître de Conférence, Laboratoire de Toxicologie et Santé Publique, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Assesseur(s) : Mme Ayadi Monia, Dr en Pharmacie, Pharmacien Titulaire, Pharmacie Marceau Voie Lactée, Courbevoie

Mme Colson Suzanne, Sage-Femme, BA, MSc, PhD, Professeur Adjoint Invité Canterbury Christ Church University

M. Roussel Frédéric, Dr en Pharmacie, Pharmacien Titulaire, Pharmacie Marceau Voie Lactée, Courbevoie

M. Subtil Damien, Professeur en Gynécologie et Obstétrique, Chef de Pôle Femme, Mère et Nouveau-né, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 🖷 : 03.20.96.43.64

http://pharmacie.univ-lille2.fr

Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Nicolas POSTEL
Vice-présidente formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président relations internationales :	François-Olivier SEYS
Vice-président stratégie et prospective	Régis BORDET
Vice-présidente ressources	Georgette DAL
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-doyen et Assesseur à la recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux relations internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur aux relations avec le monde professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la vie de la Faculté :	Claire PINÇON
Assesseur à la pédagogie :	Benjamin BERTIN
Responsable des Services :	Cyrille PORTA
Représentant étudiant :	Victoire LONG

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	DEPREUX	Patrick	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	COURTECUISSE	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique et application de RMN
Mme	DEPREZ	Rebecca	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

M.	DEPREZ	Benoît	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie industrielle
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Éric	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie

Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale
Mme	CHARTON	Julie	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	FLIPO	Marion	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences Végétales et Fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / service innovation pédagogique
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DHANANI	Alban	Législation et Déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	GILLOT	François	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

ATER

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	GHARBI	Zied	Biomathématiques
Mme	FLÉAU	Charlotte	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale
M.	RUEZ	Richard	Hématologie
M.	SAIED	Tarak	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
Mme	VAN MAELE	Laurye	Immunologie

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64

http://pharmacie.univ-lille2.fr

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je souhaiterais remercier le Professeur Damien CUNY d'avoir bien voulu accepter de présider le jury de thèse et pour l'intérêt qu'il porte aux sujets de Santé Publique tel que l'allaitement.

Je voudrais ensuite remercier Mme Lydia NIKASINOVIC, ma Directrice de Thèse, pour son accompagnement tout au long de ce travail, sa disponibilité, sa pédagogie, son enthousiasme qui m'ont permis d'avancer dans la confiance. Je la remercie également pour nos échanges enrichissants, tant sur les plans professionnel que personnel.

Je remercie le Professeur Damien SUBTIL d'avoir accepté d'être membre du jury de thèse et d'apporter son expérience hospitalière indispensablement complémentaire à l'accompagnement de l'allaitement à l'officine.

Je souhaiterais vivement remercier Mme Suzanne COLSON, mère du Biological Nurturing, de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury de thèse. La découverte de ses recherches a ouvert la voie de ce travail. Mme COLSON, merci de faire redécouvrir à notre société l'évidence des instincts maternels et paternels. Je ne cesse de m'étonner chaque jour de la magie de cette pratique et ne peux vous adresser que mon admiration la plus respectueuse pour votre travail et votre investissement au service des parents, des mères et de leur enfant. Bravo pour votre force et votre énergie dans le développement d'une pratique d'accompagnement des parents différente de celles actuelles.

J'adresse mes plus profonds et mes plus sincères remerciements aux Docteurs Monia AYADI et Frédéric ROUSSEL, pharmaciens titulaires de la Pharmacie Marceau Voie Lactée à Courbevoie, de m'avoir accordé leur confiance, d'avoir été compréhensifs et patients quant à l'élaboration de ce travail et de m'avoir permis de mettre en mots, et en images, « leur projet lacté ». Je les remercie également pour leurs relectures attentives, leurs conseils et leurs remarques constructives.
Je remercie l'ensemble de l'équipe de la pharmacie : Anaëlle, Béatrice et Ophélie, qui ont partagé l'avancement de mon travail, qui m'ont soutenue et surtout, qui ont accepté d'y participer.

Je tiens à remercier Mme Pauline REVEL, Mme Agathe LEGROS et Mme Audrey GASSION d'avoir contribué à l'enrichissement de mon travail en me livrant leurs témoignages dans la plus grande sincérité.

Je remercie également M. Alexandre KOWALSKI de m'avoir offert ses compétences en audiovisuel pour le montage des films.

Je remercie Mme Ellen COMBES pour la relecture de mon travail et son retour enthousiaste.

Je remercie mes parents et ma sœur, pour leur soutien indéfectible, et, en particulier, mon papa, pour ses relectures attentives et efficaces.

Enfin, d'innombrables remerciements, emprunts d'amour, vont à Gonzague et à Eléonore, grâce à qui je suis devenue maman et continuerai de le devenir chaque jour de ma vie.

LISTE DES ABREVIATIONS

BDI : Beck Depression Inventory

BN : Biological Nurturing

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

DPN : Dépression Post-Natale

ELFE : Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPDS : Edingurgh Postnatal Depresion Scale

EPIFANE : Epidémiologie en France de l'Alimentation et de l'état Nutritionnel des Enfants pendant leur première année de vie

HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale

IHAB: Initiative Hôpital Ami des Bébés

IPA : Information pour l'Allaitement

LLL : La Leche League

NN: Nouveau-Né

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHAAM : Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel

PPN : Préparation Pour Nourrisson

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Représentation standard actuelle de l'anatomie du sein lactant (6) 31
Figure 2 : Schéma du développement de la glande mammaire (10) 32
Figure 3 : Evolution du taux basal de prolactine sur 24h (6) 33
Figure 4 : Libération d'ocytocine au cours d'une tétée (Am-f Chantal AUDOIN, IBCLC) 34
Figure 5: Profils hormonaux de la progestérone et de la prolactine au cours de la lactogenèse (11) 35
Figure 6: Taux d'allaitement en maternité en Europe et place de la France (17) 41
Figure 7: Taux d'allaitement à 3 mois(17) 41
Figure 8: Comparaison régionale: allaitement exclusif ou mixte à la maternité selon l'ENP 2016 (28) 42
Figure 9: Taux d'allaitement de la naissance à 12 mois, ELFE 2011 (31) 43
Figure 10: Durée de l'allaitement maternel selon le moment de la reprise du travail. EPIFANE 2012-2013 45
Figure 11: Echelle EPDS 55
Figure 12: Score d'asymétrie cérébrale (frontale) à 3 mois pour les 4 groupes (54) 77
Figure 13: Les 6 composantes du BN (69) 81
Figure 14: Synthèse des composantes et des mécanismes du BN 86
Figure 15: Posture maternelle et réflexes archaïques du nouveau-né 88
Figure 16: Taux moyens d'ocytocine et leurs intervalles de confiance durant une tétée à 2 et à 6 mois post-partum chez des mères présentant ou non des symptômes de DPN 99
Figure 17 : affiche reçue par les pharmacies ayant satisfait à la certification PHAAM 103
Figure 18: La Pharmacie Marceau Voie Lactée en quelques chiffres et quelques mots 109
Figure 19: Affiche présentant les 4 entretiens d'accompagnement à l'allaitement proposés par la Pharmacie Marceau Voie Lactée 110

LISTE DES PHOTOGRAPHIES

Photo 1: Suzanne Colson....79
Photo 2: Le Berceau Naturel offert par la maman à son bébé....80
Photo 3: Maman allaitant en BN, en position semi-inclinée vers l'arrière, son corps ouvert peut accueillir son bébé reposant en appui ventral sur elle (source : mamanlune.com) 82
Photo 4: Maman allaitant en BN avec son bébé en position ventrale oblique 85
Photo 5: Maman allaitant en BN, assise légèrement inclinée vers l'arrière 85
Photos 6: Leilana et André, son papa – mai 2021, Pharmacie Marceau Voie Lactée 100
Photo 7: Dr AYADI et Dr ROUSSEL, Pharmaciens titulaires de la Pharmacie Marceau Voie Lactée 104
Photo 8: Certification PHAAM de la Pharmacie Marceau Voie Lactée & affichette PHAAM 104
Photo 9: L'équipe de la Pharmacie Marceau Voie Lactée à Courbevoie....105
Photos 10: Les vitrines de la pharmacie Marceau Voie Lactée consacrées à l'allaitement 106
Photos 11: Affiches utilisées pour les vitrines de la pharmacie 107
Photo 12: L'espace d'accueil pour les entretiens allaitement 107
Photo 13: Emplacement des tétines....108
Photo 14: Emplacement des biberons....108
Photo 15: Emplacement des préparations pour nourrissons....108
Photos 16: L'environnement informatif de l'espace allaitement accessible aux parents. 108
Photos 17: Des accessoires et des tire-laits électriques sont proposés à la vente....108
Photo 18: tire-laits disponibles à la location et matériel utilisé lors des entretiens....108
Photos 19: L'amour des bébés à la pharmacie Marceau Voie Lactée....109
Photo 20: L'humour, un des mots d'ordre de l'équipe 109
Photo 21: Le BN au quotidien à l'officine....109
Photo 22 : Elena et son papa lors d'un entretien allaitement en juin 2021, à la pharmacie Marceau Voie Lactée 113
Photos 23: Isaac en BN sur sa maman, 06/2021, à la pharmacie....113
Photo 24: Tire-laits disponibles à la location et matériel utilisé lors des entretiens 138

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Composition du lait mature (12).....36
Tableau II: Mode d'alimentation à la maternité, enquête ELFE, 2011 (28).....41
Tableau III: Comparaison de taux d'allaitement en maternité selon l'ENP 2010 et 2016 (28).....42
Tableau IV: Facteurs de risque de la DPN, nature et temporalité (2,48–50).....58
Tableau V: Niveaux de prise en charge de la DPN: acteurs et structures.....60
Tableau VI: Médicaments de la dépression et compatibilité d'utilisation avec l'allaitement (23,52).....62
Tableau VII: Résultats du critère primaire de l'étude de phase 3 (n°2) (53).....63
Tableau VIII: Impacts de la DPN chez l'enfant (2,41,54).....66
Tableau IX: Conséquences de la DPN sur l'allaitement (41,42,56).....69
Tableau X: Synthèse bibliographique sur les effets protecteurs de l'allaitement vis-à-vis de la DPN...71
Tableau XI: Caractéristiques méthodologiques de l'étude Hardin et al (54).....74
Tableau XII: Pourcentages de toucher affectif chez les mères et leur enfant, à 1 et à 3 mois selon leur état dépressif et leur mode d'alimentation.....74
Tableau XIII: Pourcentages de toucher affectif chez les enfants de mères déprimées et non-déprimées, à 1 et à 3 mois.....76
Tableau XIV: Asymétrie cérébrale chez les enfants à 1 et 3 mois selon leur mode d'alimentation et le statut dépressif de leur mère (54).....77
Tableau XV: Les états de vigilance du nouveau-né.....83
Tableau XVI: Etats de conscience du nouveau-né et démarrage de l'allaitement.....84
Tableau XVII: Principaux réflexes archaïques, types et fonctions.....84
Tableau XVIII: Comparaison de différents paramètres de l'environnement du nouveau-né lors de sa vie fœtale avec ceux qu'il rencontre s'il est allaité en BN ou en position classique.....89
Tableau XIX: Comparaison des postures de la maman allaitant en BN et selon les pratiques actuelles.....89
Tableau XX: Comparaison des positions et des réflexes du nouveau-né allaité en BN et selon les pratiques actuelles.....90
Tableau XXI: Conduites d'allaitement en BN et selon les pratiques actuelles concernant les états de vigilance du nouveau-né.....91
Tableau XXII: Résultats de l'analyse en "Intention de traiter" pour les complications mammaires, les crevasses et les mamelons douloureux (35).....93
Tableau XXIII: Réduction du risque de complications de l'allaitement entre les groupes BN et les groupes et les groupes contrôle.....93
Tableau XXIV: Taux de satisfaction des mères en matière d'allaitement à 4 semaines post-partum (74).....94
Tableau XXV: Taux de compliance à l'allaitement à 1, 2 et 4 semaines post-partum (74).....94
Tableau XXVI : Taux d'allaitement dans l'étude entre la sortie de la maternité et les 6 mois post-partum comparés aux statistiques nationales du Royaume-Uni (RU) en 1997 et 2002.....97
Tableau XXVII: Conclusions des 3 études liant ocytocine, dépression et allaitement, incluses dans la revue de Thul et al.....98
Tableau XXVIII: Analyse du modèle PHAAM selon la méthode "SWOT".....116
Tableau XXIX: Motifs, objectifs et périodes concernées par la location d'un tire-lait.....137
Tableau XXX: Modèles de tire-laits disponibles à la location, contexte de location et caractéristiques.....138

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Arbre décisionnel pour la prise en charge du baby-blues et de la dépression du post-partum - RSPP, 2017 129

ANNEXE 2 : Les réflexes archaïques du nouveau-né 131

ANNEXE 3 : Charte d'engagement des Pharmacies Amies de l'Allaitement Maternel 133

ANNEXE 4: La location de tire-laits à la Pharmacie Marceau Voie Lactée 137

ANNEXE 5 : Projet de loi n°3964 de Mme Bérangère Poletti 139

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 29

I ALLAITEMENT MATERNEL 31

I.1 POINTS ESSENTIELS SUR L'ALLAITEMENT 31

I.1.1 Anatomie et évolution de la glande mammaire 31

I.1.2 Physiologie de la lactation 32

I.1.3 Lait maternel : une composition dynamique 35

I.1.4 Bénéfices, complications et contre-indications de l'allaitement 37

I.2 PAYSAGE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE 40

I.2.1 Recommandations à l'échelle internationale et nationale 40

I.2.2 Epidémiologie de l'allaitement en France 40

I.2.3 Facteurs d'arrêt de l'allaitement 44

I.2.4 Cadre réglementaire, promotion et soutien de l'allaitement en France 45

II DEPRESSION POST-NATALE 51

II.1 GENERALITES SUR LA DEPRESSION POST-NATALE 51

II.1.1 Définition et étiologie de la dépression post-natale 51

II.1.2 Physiopathologie de la dépression post-natale 51

II.1.3 Epidémiologie de la dépression post-natale 53

II.2 ORIENTATION ET PRISES EN CHARGE DE LA DEPRESSION POST-NATALE 60

II.2.1 Orientation de la dépression post-natale: acteurs et modalités 60

II.2.2 Accompagnements et soutiens de la dépression post-natale 60

II.2.3 Prise en charge médicamenteuse de la dépression post-natale 61

III ALLAITER : UN LEVIER POUR LES MERES A RISQUE OU ATTEINTES DE DEPRESSION POST-NATALE ET LEUR ENFANT 65

III.1 CONSEQUENCES DE LA DEPRESSION MATERNELLE POST-NATALE 65

III.1.1 Conséquences de la dépression post-natale sur la dyade mère-enfant 65

III.1.2 Conséquences de la dépression post-natale sur l'environnement des mères : couple, foyer, relations sociales 70

III.2 ALLAITEMENT : FACTEUR PREVENTIF DES EFFETS DE LA DEPRESSION POST-NATALE 70

III.2.1 Allaitement : facteur préventif chez la mère à risque ou atteinte de dépression post-natale 70

III.2.2 Allaitement : facteur préventif chez l'enfant de mère atteinte de dépression post-natale 75

III.3 ALLAITEMENT INSTINCTIF OU BIOLOGICAL NURTURING 78

III.3.1 Allaitement instinctif ou Biological Nurturing : présentation générale 78

III.3.2 Synthèse et comparaisons de l'allaitement en Biological Nurturing avec les pratiques actuelles d'allaitement 88

III.3.3 Biological Nurturing et dépression post-natale 92

IV EN PRATIQUE : L'ACCOMPAGNEMENT BIOLOGICAL NURTURING A LA PHARMACIE MARCEAU VOIE LACTEE 103

IV.1 PHARMACIES AMIES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL 103

IV.2 PHARMACIE MARCEAU VOIE LACTEE : PRESENTATION 104

IV.2.1 Des professionnels 105

IV.2.2 Formations sur l'allaitement 106

IV.2.3 Organisation des locaux de l'officine au regard de la charte PHAAM 106

IV.2.4 Chiffres et Mots clés 109

IV.2.5 Dispositifs d'accompagnement des parents allaitants 109

IV.3 BIOLOGICAL NURTURING: DE LA THEORIE A LA PRATIQUE EN OFFICINE 112

IV.3.1 Prise de contact et proposition d'entretien 112

IV.3.2 Structure et déroulement des entretiens 112

IV.4 BENEFICES DU BIOLOGICAL NURTURING RAPPORTES PAR LES PARENTS : TEMOIGNAGES 114

IV.5 PHARMACIE MARCEAU VOIE LACTEE: ANALYSE RELATIVE AU LABEL PHAAM 115

IV.6 ALLAITEMENT EN FRANCE : PERSPECTIVES 116

CONCLUSION 119

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 121

ANNEXES 129

INTRODUCTION

Allaitement et dépression post-natale sont deux éléments de Santé Publique se côtoyant durant la même période de la vie des parents. D'une part, les bienfaits de l'allaitement en matière de prévention de la santé chez l'enfant et la mère ne sont plus à démontrer. Or, le taux d'allaitement en France reste l'un des plus bas d'Europe depuis de nombreuses années et, bien que 70% des mères initient l'allaitement en maternité, seuls 19% des nourrissons reçoivent encore du lait maternel à 6 mois comme le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). D'autre part, la dépression post-natale (DPN) est sous-estimée du grand public, des professionnels de santé, des mères et de leur entourage. Elle fait partie des sujets tabous au même titre que les difficultés maternelles et parentales en période du post-partum. Pourtant, la dépression post-natale est loin d'être rare avec une prévalence de 30% en France selon Gressier *et al*. (1). Elle peut entrainer des conséquences irrémédiables pour la mère, son bébé et son entourage proche (conjoint, autres enfants). Ainsi, l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), consacrée à l'analyse et à la prévention des décès maternels en France et dont les résultats sont parus en janvier 2021, montre, en effet, que le suicide est la 1ère cause de mortalité chez les mères en post-partum (2,3).

Par-conséquent, il n'est pas étonnant que le premier rapport de la Commission des 1000 jours, paru en septembre 2020 (4), ait identifié à la fois l'allaitement et la dépression post-natale comme deux enjeux de santé publique et deux axes prioritaires de prévention. Des mesures de prévention pour y sont proposées, telles que la diffusion d'outils de dépistage validés de la dépression post-natale et le développement de la collaboration ville/hôpital et du travail en réseau pour le suivi des parents.

Physiologiquement et temporellement, allaitement et dépression post-natale sont liés et pourraient, par-conséquent, interagir. Ainsi, la dépression post-natale aurait un impact négatif sur l'allaitement en induisant un sevrage précoce par exemple. En revanche, l'allaitement pourrait avoir un impact positif sur la dépression post-natale et se hisser au rang des mesures de prévention de cette pathologie.

Dans ce contexte, le présent travail propose d'explorer le rôle, dans la prévention de la dépression post-natale, d'une nouvelle approche de l'allaitement maternel appelée Biological Nurturing (BN) dit « Allaitement instinctif » et de la façon dont il pourrait être favorisé à l'officine, en se basant sur le partage d'expérience de la pharmacie Marceau Voie Lactée à Courbevoie, dans les Hauts-de-Seine.

Ce manuscrit comporte quatre parties. Les deux premières apportent les éléments essentiels et contextuels sur l'allaitement et la dépression post-natale. La troisième partie expose, dans un premier temps, en quoi l'allaitement pourrait être un levier pour les mères à risque ou atteintes de dépression et leur enfant, puis dans un second temps, l'approche BN y est présentée ainsi que ses impacts positifs sur l'allaitement, la mère et son enfant. Enfin, la quatrième partie relate la mise en pratique de l'accompagnement des parents avec l'approche BN au sein de le la pharmacie Marceau Voie Lactée à Courbevoie, labélisée Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel (PHAAM).

I ALLAITEMENT MATERNEL

Cette première partie expose des points clés sur l'allaitement maternel en commençant par l'anatomie de la glande mammaire, la physiologie de la lactation et la composition du lait maternel. Elle évoque ensuite les bénéfices, complications, contre-indications et contraintes de l'allaitement pour enfin tenter de dresser un aperçu du paysage de l'allaitement maternel en France.

I.1 Points essentiels sur l'allaitement

I.1.1 Anatomie et évolution de la glande mammaire

La première description de l'anatomie du sein lactant a été réalisée par Sir Astley Cooper en 1840 sur la base de dissections de seins de femmes allaitantes au moment de leur décès. L'anatomie admise actuellement se base sur les travaux de Ramsay & Hartmann en 2005 (5) (Figure 1).

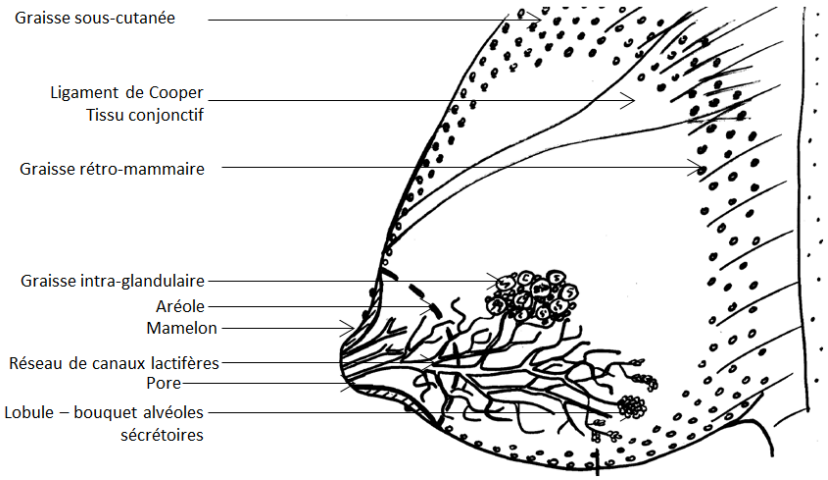


Figure 1: Représentation standard actuelle de l'anatomie du sein lactant (6)

Le sein se compose de (7,8):

- *tissu glandulaire* réparti en 15 à 20 lobes, responsable de la sécrétion du lait (lactocytes) et de son stockage (alvéoles). 65% se situent dans un rayon de 3 cm autour du mamelon.
- *tissu adipeux* intra glandulaire mais aussi rétro mammaire et majoritairement sous-cutané.
- *tissu conjonctif* réseau lâche de tissu fibreux appelé ligaments de Cooper soutenant les tissus adipeux et glandulaire.
- *réseaux de canaux lactifères* très ramifié drainant le tissu glandulaire et transportant le lait jusqu'au mamelon.

Le sein comporte également (7,9) :

- *un système de vaisseaux lymphatiques* permettant de maintenir l'équilibre des fluides au sein de la glande mammaire en faisant circuler la lymphe vers le cœur. Les vaisseaux lymphatiques sont impliqués dans les complications liées à l'allaitement telles que l'engorgement et la mastite (œdèmes).

- *un système circulatoire sanguin* permettant l'apport des composants cellulaires et biochimiques essentiels à la synthèse du lait**.**
- *une innervation* relativement faible et composée majoritairement des nerfs sensitifs.

Le sein : une glande évolutive

La glande mammaire est un organe au développement dynamique qui a la particularité d'évoluer tout au long de la vie d'une femme depuis le stade embryonnaire jusqu'à la ménopause (Figure 2). Elle n'aura un développement complet que si la femme vit une grossesse, donne naissance à un enfant et l'allaite (7).

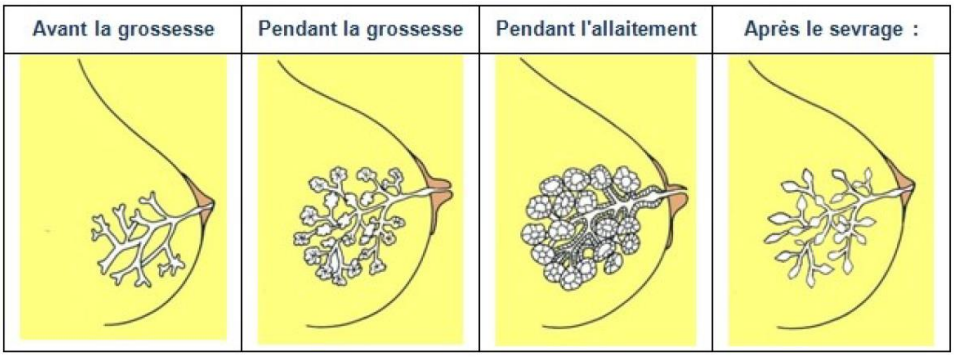


Figure 2 : Schéma du développement de la glande mammaire (10)

I.1.2 Physiologie de la lactation

I.1.2.1 Hormones de la lactation

Au cours de la grossesse, plusieurs hormones sont impliquées dans le développement de la glande mammaire et la mise en place de la première phase de la lactation (synthèse du pré-colostrum) rendant ainsi la glande mammaire fonctionnelle (9,11)**.** On parle de *complexe des hormones lactogènes circulantes* qui sont au nombre de quatre :

- L'Hormone Placentaire Lactogène (HPL) : elle mime l'action de la prolactine et agit aussi sur la croissance fœtale.
- Les œstrogènes
- La progesterone
- La prolactine

Toutes ces hormones, à l'exception de la prolactine, sont sécrétées par le placenta. Après la naissance, la prolactine, rejointe par l'ocytocine, sont les deux principales hormones impliquées dans la physiologie de la lactation en post-partum.

La prolactine (6,11)

La prolactine est l'hormone responsable de la synthèse du lait maternel. De nature peptidique, elle est sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse, en réponse à la stimulation du mamelon provoquée par les succions du bébé. Son action s'exerce via des récepteurs localisés sur la membrane basale des alvéoles sécrétoires. La quantité d'hormone libérée par l'antéhypophyse

dépend de l'intensité, de la fréquence et de la durée de la stimulation du sein ; concrètement, elle dépend de la durée, de la fréquence des tétées et de l'efficacité de la succion du bébé. Il est établi que la stimulation précoce, fréquente et efficace lors de la mise en place de la lactogenèse tertiaire (soit durant les 3 à 5 premières semaines post-partum), favorise la synthèse de nouveaux récepteurs à la prolactine ce qui permet de potentialiser son action lactante et donc d'augmenter la production de lait.

La prolactine est sécrétée par pics survenant à la fin de chaque tétée, préparant ainsi la synthèse du lait pour la tétée suivante. Le taux de prolactine varie au cours de la journée : elle voit son taux le plus faible en milieu de matinée pour ensuite remonter progressivement l'après-midi et le soir pour atteindre son pic de production maximale vers 3 et 4h du matin (Figure 3).

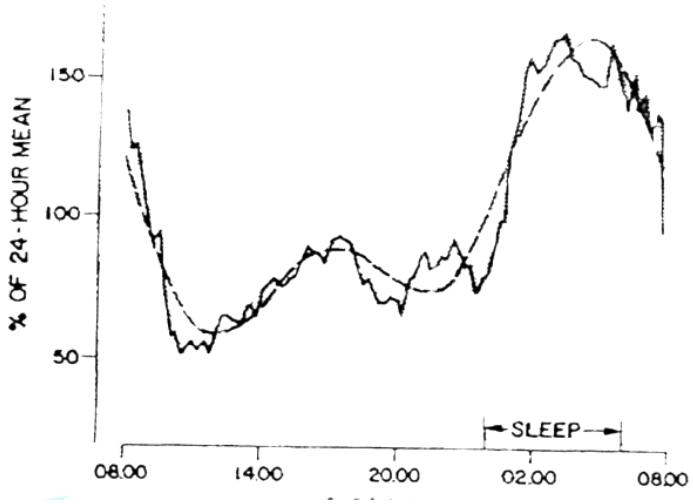


Figure 3 : Evolution du taux basal de prolactine sur 24h (6)

La prolactine a également des effets complémentaires tels que la relaxation musculaire permettant la détente de la maman (meilleur endormissement), de lutter contre le « baby-blues », d'induire un comportement maternel et de moduler la fertilité (action « contraceptive » de l'allaitement) (6).

L'ocytocine (6,11)

L'ocytocine, hormone peptidique, est libérée de façon pulsatile par la post-hypophyse selon un mécanisme neuro-sensoriel initié par la stimulation du mamelon et de l'aréole par le bébé. Elle agit en se fixant sur ses récepteurs situés à la surface des cellules myoépithéliales entourant chacune des alvéoles sécrétoires et présentes le long des canaux lactifères. Ceci va induire leur contraction et ainsi déclencher le réflexe d'éjection du lait (7). Son profil de sécrétion est différent de celui de la prolactine. En effet, l'ocytocine est libérée en plusieurs courtes vagues pendant une même tétée (Figure 4).

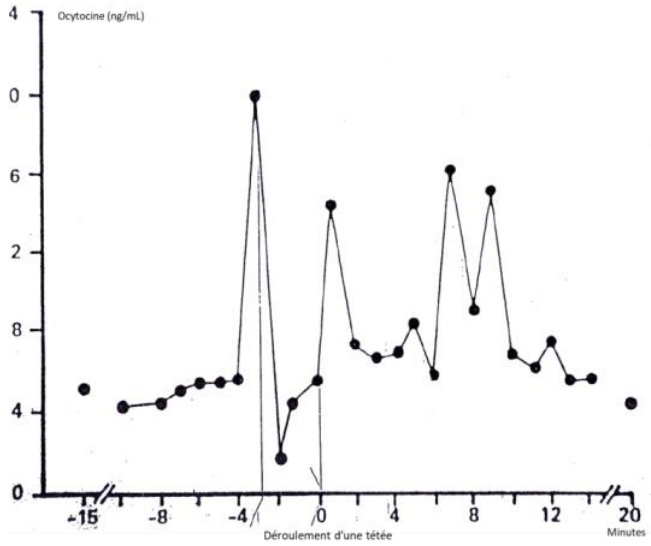


Figure 4 : Libération d'ocytocine au cours d'une tétée (Am-f Chantal AUDOIN, IBCLC)

Elle possède également des effets complémentaires à son action principale puisqu'elle est l'hormone responsable des plaisirs physique et relationnel permettant l'attachement à autrui et par-conséquent, favorise la création du lien mère-enfant. Elle permet également une meilleure tolérance au stress et à la douleur (apaisement, baisse de l'anxiété, meilleur endormissement). Enfin, elle induit les contractions utérines et déclenche la sensation de soif lors de l'allaitement.

La particularité de l'ocytocine réside dans le fait que sa libération n'est pas conditionnée uniquement par le mécanisme neurosensoriel décrit plus haut mais également par les états émotionnel et sensoriel de la mère. Autrement dit, une maman détendue, confiante, se sentant bien, va avoir des pics d'ocytocine plus fréquents et quantitativement plus importants qu'une maman stressée, anxieuse, ressentant des douleurs (6).

Le bien-être de la maman joue donc un rôle central dans le transfert et l'éjection du lait. De ce fait, un accompagnement bienveillant et un soutien positif des mamans apparaissent donc essentiels pour la réussite de son allaitement (6).

I.1.2.2 Phases de la lactation

La synthèse puis la sécrétion de lait maternel, appelées aussi lactogenèse, se déroulent en 3 phases distinctes. Les deux premières phases sont régulées hormonalement de façon endocrine et sont rencontrées chez toutes les femmes, indépendamment du fait qu'elles allaitent ou non leur bébé, à la différence de la 3è phase, appelée lactogenèse tertiaire (11).

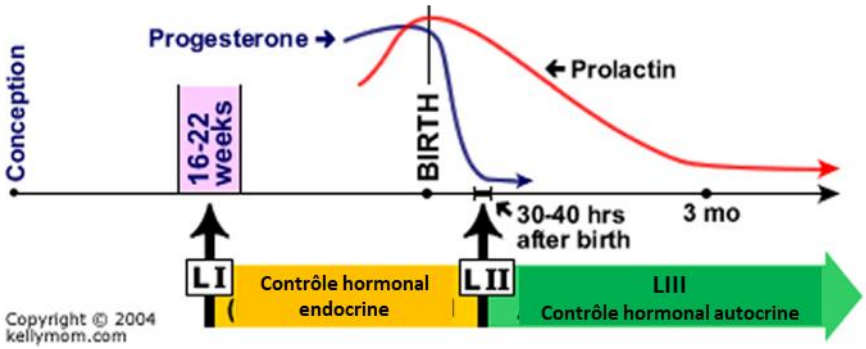


Figure 5: Profils hormonaux de la progestérone et de la prolactine au cours de la lactogenèse (11)

LI : lactogenèse primaire ; LII : lactogenèse secondaire ; LIII : lactogenèse tertiaire

La lactogenèse primaire débute à la fin du 1er trimestre de la grossesse, après le premier stade de maturation de la glande mammaire ; elle se poursuit jusqu'à la naissance. Elle se caractérise par la production de colostrum. Cette 1ère phase de la lactation est régulée par les hormones placentaires, à savoir les œstrogènes, la progestérone et l'Hormone Placentaire Lactogène (HPL) (11).

La lactogenèse secondaire, communément appelée « montée de lait », débute 30 à 40h après la naissance (Figure 5). Elle fait suite aux modifications hormonales provoquées par le décollement puis l'expulsion du placenta qui entraine une chute rapide du taux de progestérone (en 48h) et du taux d'œstrogènes (en 8 jours). La diminution du taux de ces deux hormones lève l'inhibition qu'elles exerçaient sur la prolactine qui va pouvoir exercer pleinement son action d'hormone lactante au niveau des cellules alvéolaires sécrétoires et déclencher ainsi la synthèse du lait.

La lactogenèse tertiaire, contrairement aux deux premières phases, n'apparait que chez les femmes initiant l'allaitement après la naissance. Elle perdure jusqu'au sevrage du bébé. Régulée hormonalement de façon autocrine (local), elle correspond tout simplement à la synthèse continue du lait maternel en réponse aux besoins du bébé qui vidange le sein à chaque tétée (11).

I.1.3 Lait maternel : une composition dynamique

Au regard de l'installation progressive de la lactation, le lait maternel passe par différentes phases durant les premières semaines post-partum marquant des changements graduels de sa composition et des volumes produits (12) afin de répondre parfaitement aux besoins nutritionnels et immunologiques de l'enfant (13). La composition du lait maternel varie en fonction du moment de la lactation, de la durée de la grossesse, du type d'accouchement, de l'alimentation de la maman, des pathologies et de son génotype, de son ethnie, de sa localisation géographique, de son environnement et de son style de vie (12,14). Ceci le rend absolument unique et en fait une signature biologique propre à chaque femme (14). En revanche, de façon universelle, il apporte à l'enfant 100% des nutriments et des calories dont il a besoin pour se développer durant ses 6 premiers mois de vie, jusqu'à 50% entre 6 mois et 1 an et jusqu'à 1/3 pendant sa 2è année (15).

Le lait maternel n'est pas produit immédiatement après la naissance. Il y a d'abord la phase dite colostrale qui dure 3 à 5 jours. Elle correspond à la présence et à la synthèse de colostrum par la glande mammaire, synthèse qui débute dès le milieu de la grossesse (on parle alors de pré-

colostrum). Le colostrum laisse ensuite place à un lait de transition pendant 2 à 3 semaines post-partum pour enfin aboutir au lait maternel dit mature dont la composition globale n'évoluera que peu durant toute la période de lactation.

Le colostrum : composition et fonctions

Le colostrum possède une composition biochimique et cellulaire unique et très différentes du lait maternel. Il est la première substance que le nouveau-né absorbera par voie orale. Malgré les faibles quantités produites (4 à 50 mL en moyenne/24h), le colostrum assurera les apports nutritifs du nouveau-né pendant ses premiers jours de vie extra-utérine mais également bien au-delà. En effet, en plus de sa fonction nutritive, il fournit une protection immunitaire au nouveau-né, favorise son développement et sa maturation, en particulier au niveau digestif et immunitaire. La fonction principale immunologique du colostrum est soulignée par les quantités importantes d'Immunoglobulines sécrétoires de type A (IgA), de lactoferrine, de leucocytes et d'oligosaccharides (2 fois plus que dans le lait mature) qu'il contient.

Le colostrum agit également sur le développement du nouveau-né de par ses fortes concentrations en facteurs de croissance. Ces derniers favorisent le développement du tractus gastro-intestinal, stimulent l'hématopoïèse et la maturation du système immunitaire (9,11).

Le délai entre la naissance et le début de la synthèse du lait maternel, soit 2 à 3 jours, aurait pour rôle de maximiser l'exposition du nouveau-né à tous les facteurs protecteurs et immuno-modulateurs présents dans le colostrum, à un moment où son propre système immunitaire est totalement immature (9).

Le lait mature (12,16)

Le lait mature est une émulsion complexe contenant des composés à la fois nutritifs et permettant d'assurer le développement de l'enfant. La fraction aqueuse du lait maternel est appelée lactosérum et contient la majorité des composants. La fraction lipidique ne représente que 4% du volume de lait mais 50% de l'apport énergétique. Elle est la fraction la plus variable en termes de composition car les acides gras présents varient selon l'alimentation de la maman et durant la tétée.

Le lait maternel mature peut être également qualifié de 1er probiotique ingéré par le nouveau-né en raison des très nombreux (>200) phylotypes (équivalent aux espèces pour les bactéries et basé sur une séquence d'ADN commune) de souches bactériennes qu'il contient. Ces dernières proviennent soit de la peau de la mère ou de son intestin (16). Le lait mature se compose de protéines (3 à 5%), de sucres (7%), de lipides (4%), de minéraux (0.5%) et d'eau (16) (Tableau I).

Tableau I: Composition du lait mature (12)

COMPOSANT	DETAIL
EAU	**Composant majoritaire du lait maternel (88%)**
SUCRES 2ème source d'apport énergétique après les lipides	**Lactose** : sucre principal du lait maternel (6.7g/100 mL, la plus forte concentration de toutes les espèces). Répond aux besoins énergétiques du cerveau. **Source de galactose**
	Galactose : développe le système nerveux central.
	Oligosaccharides : (1 à 10 g/L). **Pré-biotiques** (substrat des bactéries du tractus digestif) promeuvent le développement des « bonnes » bactéries (ex :Bifidobactéries). **Modulateurs des fonctions immunitaires** mucosales et systémiques

COMPOSANT	DETAIL
LIPIDES 1ère source d'apport énergétique	98% sous forme de triglycérides, >200 acides gras différents, cholestérol. Sources d'acides-gras poly-insaturés, vitamines liposolubles, lipides complexes. 44% de l'énergie totale apportée par le lait maternel Participation à la croissance du nouveau-né (rétine et cerveau), à sa réponse immunitaire, à la maturation du tractus gastro-intestinal et protection contre les infections bactériennes invasives (type streptocoque B)
PROTEINES	**Caséine** - 13% de la fraction protéinique du lait maternel
	Protéines du lactosérum : alpha-lactalbumine, lactoferrine, lysozyme et IgA sécrétoires
	Mucines
MINERAUX (Na, K, Ca, P, Cl)	Faible teneur comparée au lait de vache
AUTRES	Azote non-protéique (ex : urée, créatinine, nucléotides), micro ARN, bactéries, cellules souches, hormones (ex : insuline)

I.1.4 Bénéfices, complications et contre-indications de l'allaitement

I.1.4.1 Bénéfices de l'allaitement

Pour la santé de la mère

À court terme, l'allaitement permet de diminuer les métrorragies post-partum et de favoriser l'attachement mère-enfant, essentiel au bien-être de la maman et au développement du nouveau-né (6). L'allaitement augmente également la durée d'aménorrhée et donc permet d'espacer les grossesses en post-partum (12,15).

À long terme, l'allaitement est associé à une diminution du risque de cancers du sein et de l'ovaire de 26% et 37% respectivement si sa durée excède 12 mois (15). De plus, l'allaitement réduit de 32% le risque pour la maman de développer un diabète type II au cours de sa vie (15). Enfin, l'allaitement exerce un effet protecteur contre la dépression post-partum (12).

Pour la santé et le développement de l'enfant

À court terme, l'allaitement durant les 6 premiers mois de vie est associé à un effet protecteur important contre les maladies infectieuses ainsi qu'une réduction de 36% du risque de mort subite. L'allaitement présente également un effet protecteur contre les diarrhées durant les 5 premières années de vie, les infections respiratoires, les otites durant les 2 premières années de vie, une réduction de 9% du risque d'apparition d'asthme et de 68% du risque de malocclusion dentaire du fait d'un bon développement oro-facial, orthodontique et orthophonique (6,12). Enfin, l'allaitement durant les premiers mois de vie joue un rôle important dans le tissage du lien mère/enfant (6).

À long terme, l'allaitement est associé à une réduction de 35% du risque de développer un diabète de type II, de 26% du risque de surpoids ou d'obésité et de 19% de développer une leucémie chez l'enfant (12).

Autres bénéfices de l'allaitement

L'allaitement présente des bénéfices en dehors du cadre de la santé mère/enfant. En effet, il revêt un caractère à la fois économique pour les familles et pratique pour les mamans au quotidien.

De plus, l'allaitement présente un bénéfice écologique indéniable comparé aux laits industriels ainsi que des bénéfices socio-économiques pour la société en participant activement à la prévention primaire des maladies infantiles et chroniques de l'adulte (17).

I.1.4.2 Complications et contrainte de l'allaitement

Les complications rencontrées pendant l'allaitement touchent, pour la plupart, directement la maman. L'allaitement n'entraine pas de complications chez l'enfant, à l'exception de la candidose mammaire qui peut faire l'objet d'une trans-contamination maman/bébé. Ces complications sont importantes à diagnostiquer et à solutionner de façon rapide, efficace et pérenne afin d'éviter qu'elles n'aboutissent à un arrêt précoce de l'allaitement maternel.

Les principales complications rencontrées chez les femmes allaitantes sont (6) :

1. Les crevasses : s'apparentent à des gerçures du mamelon visibles sous forme de fines lignes rouges ou de fissures allant parfois jusqu'au saignement. Elles ne sont pas systématiquement visibles et se manifestent surtout par des douleurs aux mamelons d'intensité variable. Les crevasses représentent la principale complication de l'allaitement, et ce, dès le début de celui-ci, avec une prévalence de 90 % si l'on considère un niveau de douleur modéré rapporté par les mères et de 25 % pour les douleurs rapportées comme sévères (18).

2. L'engorgement : congestion vasculaire du sein (physiologique lors de la montée de lait) le rendant douloureux, dur et rouge avec une aréole tendue et un écoulement difficile du lait. Ces signes sont diffus contrairement à la mastite où ils sont circonscrits à une partie du sein. L'engorgement peut évoluer vers la mastite s'il n'est pas pris en charge correctement. Selon les définitions et les méthodes d'évaluation utilisées, la prévalence d'engorgement varie entre 20 et 85 % (19).

3. Le canal lactifère bouché : obstruction localisée d'un canal lactifère dû à la stase de lait suite à une compression externe du sein (ex : par une ceinture de sécurité). Il n'est pas associé à des signes systémiques infectieux ou inflammatoires mais peut, néanmoins, être très douloureux et dérangeant pour la maman (20).

4. La mastite : inflammation d'une partie de la glande mammaire qui peut s'accompagner d'une infection bactérienne Elle se caractérise par un début souvent soudain, des signes généraux chez la maman avec de la fièvre >38.5°C, un syndrome grippal ainsi que des signes locaux au niveau du sein avec apparition d'une masse localisée dure et douloureuse, d'une zone rouge et chaude sur la peau accompagnée d'une douleur intense. La prévalence des mastites est élevée. En effet, jusqu'à 1/4 des mères allaitantes présenteront un ou plusieurs épisodes de mastite pendant leur allaitement (20,21).

5. L'abcès : évolution infectieuse de la mastite dans 3 à 11% des cas et résultant, la plupart du temps, d'un retard ou d'une mauvaise prise en charge de la mastite (20). Le germe majoritairement impliqué est Staphylococcus Aureus. Il nécessite bien souvent un drainage par ponction écho-guidée (17).

6. La candidose : mycose à Candida Albicans proliférant extérieurement sur la peau des seins, les aréoles et les mamelons et/ou en interne dans les canaux galactophores. La mycose peut être exclusivement interne sans signe externe et inversement. Elle est la complication la plus difficile à diagnostiquer du fait d'un tableau clinique complexe chez la maman (démangeaisons, mamelon rose vif, desquamations, crevasse ne cicatrisant pas, douleur intense pendant et perdurant après les tétées, douleur avec sensation de brûlures, coups de poignards) et/ou le bébé (aucun signe parfois, gêne pendant les tétées, refuse de téter, muguet, érythème fessier, coliques/ballonnement) (6). Malheureusement très peu connue des professionnels de santé, la candidose est très souvent mal diagnostiquée et mal traitée. Très peu de données ont été publiées dans la littérature scientifique à ce sujet (22).

La principale contrainte liée à l'allaitement maternel est liée à la limitation du nombre de médicaments compatibles avec celui-ci. Ceci rend les prises en charges thérapeutiques moins aisées, moins flexibles. Néanmoins, il existe des médicaments compatibles pour traiter la plupart des pathologies courantes rencontrées en médecine de ville, quel que soit leur degré de sévérité (du rhume à l'épilepsie), aigües ou chroniques (nausées, vomissements ou dépression).
Pour s'assurer de la compatibilité d'un traitement avec l'allaitement, différents outils sont disponibles en ligne ou sous forme d'ouvrage :

- Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) : https://lecrat.fr
- E-lactancia : https://e-lactancia.org/
- LactMed® (base de données) : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/
- Thomas Hale : https://www.halesmeds.com
- Médicaments et allaitement : livre à destination des professionnels de santé , présentant les cas cliniques les plus fréquemment rencontrés (23)

I.1.4.3 Contre-indications de l'allaitement

En pratique, il n'y a que très peu de contre-indications formelles à l'allaitement maternel ; plus de 90% des femmes ont constitutivement la capacité physiologique de nourrir leur bébé en l'allaitant exclusivement (6).
Les infections virales sont les principales causes de questionnement quant à la possibilité d'allaiter ou non. Actuellement en France, les deux seules contre-indications à l'allaitement maternel sont les suivantes (17) :

- La galactosémie chez l'enfant, maladie congénitales et génétique entrainant une anomalie de métabolisme des glucides.
- L'infection de la mère par le VIH.

À ces deux contre-indications endogènes, vient s'ajouter la contre-indication exogène liée à certains médicaments toxiques pour l'enfant tels que certains anti-épileptiques (carbamazépine, topiramate) (23). Dans tous les autres cas, l'allaitement est possible sous-conditions et en mettant en place des mesures adaptées tout au long de la période d'allaitement (ex : dépistage de la maman,

suivi et accompagnement renforcés, vaccination du nouveau-né, pasteurisation ou congélation du lait…) (24).

I.2 Paysage de l'allaitement maternel en France

Cette seconde sous-partie concernant l'allaitement maternel vise à dresser un aperçu de la situation de l'allaitement en France au travers des recommandations émises par les autorités de santé et de données épidémiologiques sur les taux et facteurs d'arrêt de l'allaitement. En dernier lieu, sont adressés les aspects législatifs de l'allaitement ainsi que la promotion et le soutien de ce dernier.

I.2.1 Recommandations à l'échelle internationale et nationale

A l'échelle internationale, les recommandations en matière de l'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant émanent de l'OMS. Selon ses dernières recommandations (2003 & 2013), les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois pour une croissance, un développement et un état de santé optimaux (25,26). Après six mois, compte tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus.

L'OMS préconise une diversification à partir de 6 mois, le critère principal restant que le bébé manifeste le désir de manger autre chose que du lait maternel (25).

En France, les recommandations les plus récentes en matière d'allaitement maternel ont été publiées en 2017 par la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM). Elles se basent sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) parues en 2002, sur celles de l'OMS et sur les données récentes de la littérature. La CoFAM recommande (27):

- *« un allaitement exclusif jusqu'à environ 6 mois pour couvrir les besoins de l'enfant »*
- *« de continuer à allaiter jusqu'aux 2 ans de l'enfant au moins en association avec des aliments complémentaires. »*
- *« de diversifier à partir de 6 mois après la période d'allaitement exclusif en fonction du désir de l'enfant et de ses possibilités. Pour un enfant prêt plus tôt, l'introduction ne doit pas être faite avant 4 mois en raison du risque allergique et du risque d'obésité ultérieure. »*

I.2.2 Epidémiologie de l'allaitement en France

I.2.2.1 La France parmi les autres pays européens

La France possède un taux d'allaitement bas en maternité (52.2% (28)) parmi ses voisins européens (Figure 6), loin derrière les pays nordiques tels que la Suède et le Danemark (17). Il en est de même 3 mois après la naissance (Figure 7).

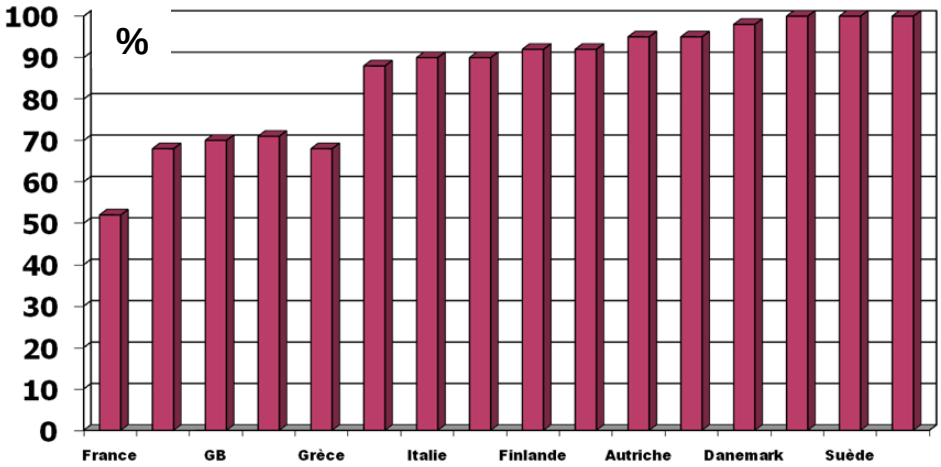


Figure 6: Taux d'allaitement en maternité en Europe et place de la France (17)

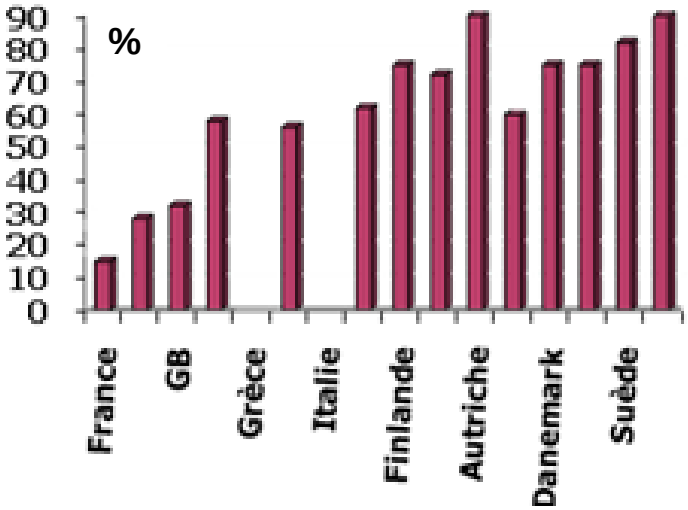


Figure 7: Taux d'allaitement à 3 mois(17)

I.2.2.2 Taux d'allaitement à la maternité

Le taux d'allaitement en maternité n'a fait que progresser depuis les années 70. D'après l'Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE) menée en 2011 sur 18 000 nourrissons, plus de 2/3 des nouveau-nés (70.5%) recevaient du lait maternel à la maternité : 59% exclusivement et 11.5% associé à des préparations pour nourrissons (PPN) (29) (Tableau II).

Tableau II: Mode d'alimentation à la maternité, enquête ELFE, 2011 (28)

TYPE D'ALLAITEMENT	ENSEMBLE DES NAISSANCES (N=18 133) (% ; [IC95%])
Exclusif	59,0 [58.4 ; 59.8]
Partiel	11.5 [10.9 ; 11.9]
PPN	29.5 [28.8 ; 30.2]
Allaitement total (exclusif + partiel)	70.5 [69.8 ; 71.2]

Ces résultats sont confirmés en 2012 avec l'étude sur l' Epidémiologie en France de l'Alimentation et de l'état Nutritionnel des Enfants pendant leur première année de vie (EPIFANE),

livrant un taux d'initiation de l'allaitement maternel à la maternité de 74% dont 59% d'allaitement exclusif ou prédominant et 15% d'allaitement mixte (30).

Les dernières données épidémiologiques concernant le taux d'allaitement en maternité sont issues du rapport de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, et reprises par le rapport de la Commission des 1000 jours publié en septembre 2020. Comme le montre le Tableau III, la fréquence de l'allaitement maternel exclusif durant le séjour à la maternité a diminué de manière importante entre 2010 et 2016, passant de 60 % à 52 %. De plus, l'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, a légèrement diminué, de 68 % en 2010 à 66 % en 2016 (4,28).

Tableau III: Comparaison de taux d'allaitement en maternité selon l'ENP 2010 et 2016 (28)

MODE D'ALIMENTATION	ENP 2010 (%) N= 14 106	ENP 2016 (%) N=11 820
Allaitement exclusif	60.3	52.2
Allaitement mixte	8.4	14.5
PPN	31.3	33.3

Cette évolution met en avant la nécessité de poursuivre une politique active en faveur de l'allaitement maternel en France et de réfléchir à l'organisation du soutien à l'allaitement en suites de couches (28).

Des disparités régionales en matière d'allaitement

La proportion de nouveau-nés allaités à la maternité (allaitement maternel exclusif ou mixte) varie de manière importante entre les régions (Figure 8). La part des nouveau-nés allaités est significativement inférieure au taux moyen national (66%) dans trois régions : les Hauts-de-France (53,4 %), la Bretagne (57,8 %) et les Pays de la Loire (58,2 %). À l'inverse, les régions où le taux d'allaitement maternel est le plus élevé par-rapport à la moyenne nationale sont l'Île de France (76,9 %), la région PACA (72,1 %) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (71,1 %) (28).

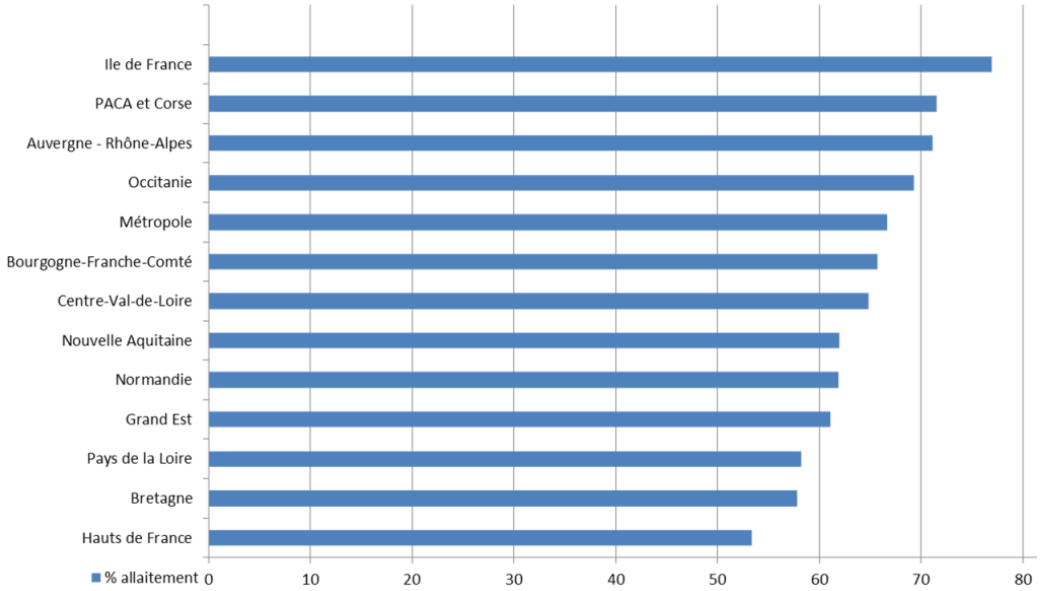


Figure 8: Comparaison régionale: allaitement exclusif ou mixte à la maternité selon l'ENP 2016 (28)

I.2.2.3 Allaitement après la sortie de maternité

Taux d'allaitement

D'après les résultats de l'étude ELFE, publiés en 2015, parmi les 70% des mères ayant initié l'allaitement en maternité, seuls 19% des enfants recevaient encore du lait maternel à 6 mois dont 10% exclusivement (Figure 9). À 3 mois, 39% des enfants étaient encore allaités dont 19% de façon exclusive. À 6 mois, moins d'un enfant sur 5 était encore allaité et plus de la moitié d'entre-eux recevaient des PPN. À 12 mois, environ 5% des enfants suivis recevaient encore du lait maternel (31). La chute importante du taux d'allaitement exclusif un peu avant 2 mois pourrait s'expliquer par l'approche de la reprise de l'activité professionnelle de la mère. La seconde chute marquée du taux d'allaitement a lieu à 4 mois et concerne le taux d'allaitement total cette fois. Elle pourrait s'expliquer à la fois par la reprise de l'activité professionnelles des mères couplée à la diversification alimentaire de l'enfant.

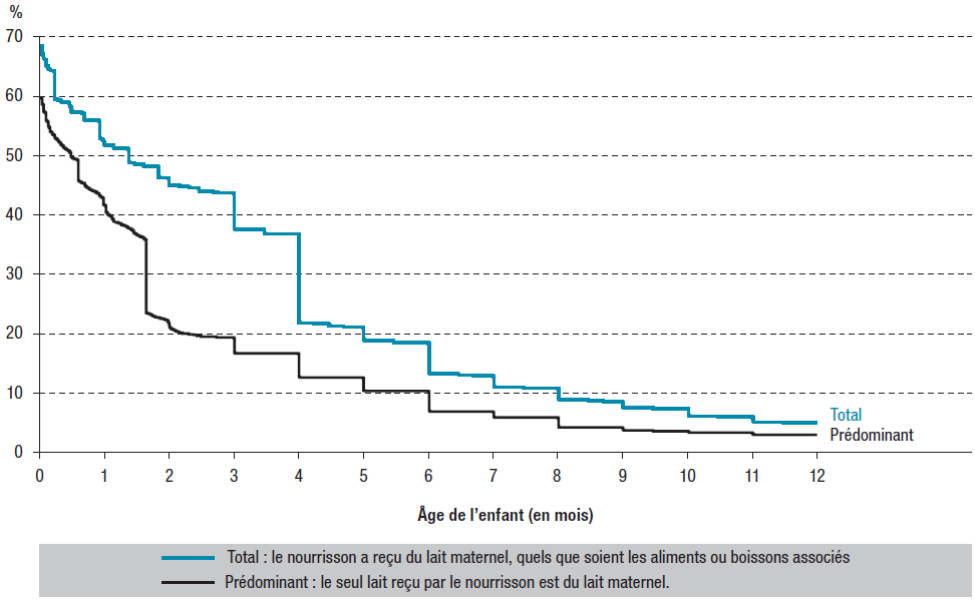


Figure 9: Taux d'allaitement de la naissance à 12 mois, ELFE 2011 (31)

Durée de l'allaitement

D'après l'étude ELFE, la médiane de la durée totale d'allaitement est de 17 semaines et celle de l'allaitement prédominant est de 7 semaines (31). Ces résultats ont été confirmés par ceux de l'étude EPIFANE, menée sur 3365 enfants nés en 2012 et suivis pendant 12 mois. En effet, la durée médiane d'allaitement y est de 15 semaines quel que soit le type d'allaitement et se trouve réduite à 3.5 semaines pour l'allaitement exclusif seul (30).

D'après l'ensemble de ces données épidémiologiques, la France se situe loin des recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) et objectivées dans le Plan National Nutrition Santé (PNNS).

I.2.3 Facteurs d'arrêt de l'allaitement

En France, l'arrêt de l'allaitement peut être relié à trois causes principales : le manque d'accompagnement, la reprise du travail et la prise d'un traitement médicamenteux.
Le manque d'accompagnement et la reprise du travail seraient responsables d'un tiers des arrêts d'allaitement qui interviennent de façon précoce et non-souhaitée par les mères au regard de leur projet initial (23).

Manque d'accompagnement et complications de l'allaitement

Le manque d'accompagnement des parents conduit à un arrêt de l'allaitement d'autant plus si la maman rencontre des complications liées à celui-ci. Or, comme évoqué auparavant, les complications sont très fréquentes, en particulier en début d'allaitement. Dans cette situation, il est primordial que les mères soient écoutées, soutenues et accompagnées de façon précoce et appropriée afin d'assurer la poursuite de leur allaitement. Des mesures simples, basées sur quelques connaissances ciblées de la physiologie de la lactation, l'anatomie du sein et surtout, en pratique, sur l'optimisation de la conduite d'allaitement suffisent à prendre en charge les complications de façon efficace et de prévenir leurs récidives (canal bouché, mastite).

Ces informations se doivent d'être portées à la connaissance de tous les professionnels de santé susceptibles d'accompagner les parents, ce qui n'est malheureusement pas le cas aujourd'hui en France où, bien trop souvent encore, des parents se voient préconisés un arrêt de l'allaitement non justifié.

Reprise du travail et allaitement

D'après l'analyse des résultats de l'étude EPIFANE, seules 25% des mères ayant initié l'allaitement le poursuive à la reprise du travail. De façon générale, on observe que plus la reprise du travail de la mère a lieu tôt, plus la durée d'allaitement est écourtée (Figure 10). Parmi celles qui ont continué d'allaiter tout en travaillant, 74% d'entre elles ont poursuivi l'allaitement pendant 1 mois ou plus après la reprise du travail. La poursuite de l'allaitement à la reprise du travail est positivement associée à l'origine étrangère de la mère, à sa catégorie socio-professionnelle (cadre et profession indépendante). À l'inverse, un allaitement mixte initié dès la maternité ou un nombre d'enfants supérieur à 3 est associé négativement à la poursuite de l'allaitement à la fin du congé de la mère (32).

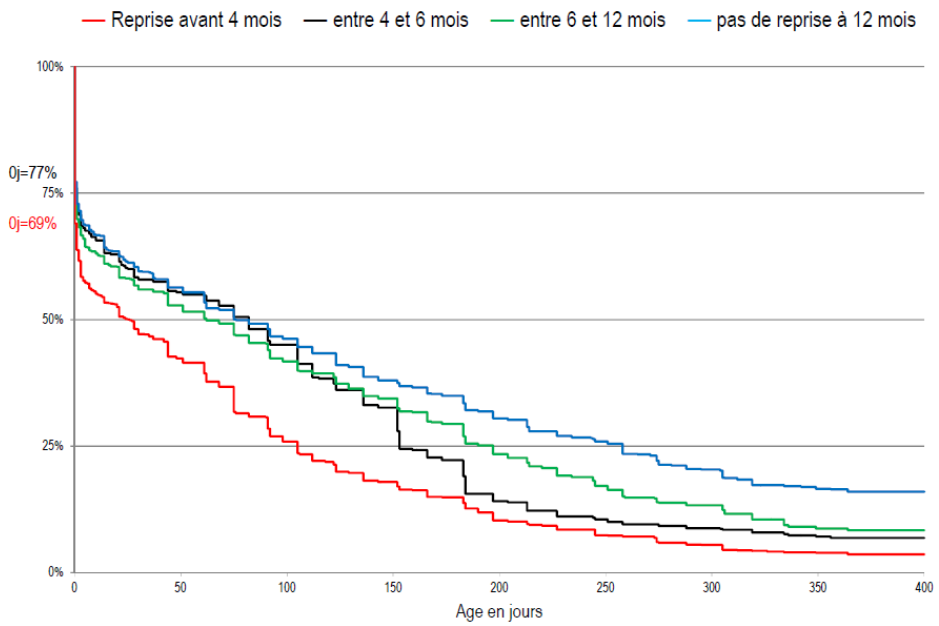


Figure 10: Durée de l'allaitement maternel selon le moment de la reprise du travail. EPIFANE 2012-2013

Médicaments et allaitement

La prise médicamenteuse est la 3è cause des arrêts d'allaitement prématurés. L'arrêt de l'allaitement est soit préconisé par le professionnel auteur de la prescription, soit par le pharmacien ou résulte de la propre initiative des parents. Or, dans la grande majorité des cas, la prise médicamenteuse n'est pas contre-indiquée de façon absolue avec l'allaitement et, si tel est le cas, il existe très souvent une alternative thérapeutique. La méconnaissance des professionnels, sous-couvert du principe de précaution, aboutit alors à des recommandations erronées pouvant générer ou aggraver des complications (ex : arrêter l'allaitement en cas de mastite alors que l'action de première intention est de drainer le sein).

En définitive, l'analyse des trois principaux facteurs d'arrêt précoce de l'allaitement met en lumière la nécessité de former les professionnels de santé sur l'allaitement, non pas sur sa physiologie seule, mais plus particulièrement sur l'accompagnement des parents (écoute, empathie), les (bonnes) conduites à tenir en cas de complications et/ou de prise médicamenteuse. À tout le moins, réussir à faire en sorte que les professionnels peu formés sachent orienter les parents vers d'autres professionnels l'ayant été ou qu'ils aient connaissance de sources d'informations validées pour répondre aux besoins des parents : il est préférable de ne rien dire pour ne pas nuire.

I.2.4 Cadre réglementaire, promotion et soutien de l'allaitement en France

La promotion et le soutien de l'allaitement se réalisent à différentes échelles et sont rendus possibles par un cadre réglementaire spécifique.

I.2.4.1 Cadre réglementaire et législatif de l'allaitement

Le cadre réglementaire érigé autour de l'allaitement comporte deux principaux textes établis au niveau international, à savoir le Code International de Commercialisation des Substituts du lait

maternel et la Déclaration d'Innocenti. Ces textes ont été en partie déclinés en droit français. Le Code du Travail prévoit également des dispositions en matière d'allaitement.

Code International de Commercialisation des Substituts du lait maternel (33,34)**.**

Il a pour objectif de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel tout en n'interdisant pas les substituts, les tétines ou les biberons mais en assurant une utilisation appropriée. Cela passe par l'encadrement des pratiques commerciales et de distribution, du marketing et de la publicité ainsi que la formation des professionnels de santé et l'information à destination du grand public. Ce code a été publié par l'OMS initialement en 1981 et a été régulièrement enrichi par de multiples résolutions lors des Assemblées Mondiales de la Santé afin de s'adapter à l'évolution des pratiques. Chaque État Membre se doit ensuite de transcrire les articles du Code dans sa législation nationale.

En France, il n'est que partiellement transcrit et en 2016, l'OMS pointe de nombreuses lacunes dans la loi Française (au même titre que bien d'autres pays). À titre d'exemple, la loi Française, contrairement au Code, ne couvre pas les substituts au-delà de 4 mois révolus (le Code allant jusque 3 ans), les tétines, ni les biberons ou encore les compléments alimentaires à destination des enfants (35). Ceci autorise donc, par exemple, les pharmaciens d'officine à exposer des boites de lait industriel pour nourrisson en vitrine ou encore de mettre les tétines et biberons en libre accès.

Déclaration d'Innocenti (36)

La Déclaration d'Innocenti a été élaborée et adoptée par les participants à la réunion OMS/UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) sur *"L'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale"* qui s'est tenue au Spedale Degli Innocenti, à Florence (Italie) du 30 juillet au 1er août 1990. Elle vise à protéger, promouvoir et encourager l'allaitement maternel en reconnaissant que « *l'allaitement maternel constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant* » pendant ses 6 premiers mois de vie et que *« certaines interventions peuvent modifier de façon positive les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel* ». On y relève des assertions clés en faveur de l'allaitement telles que :

- « […] *sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière* ».
- *« […] le renforcement d'une "civilisation de l'allaitement maternel", énergiquement défendue contre l'incursion d'une "civilisation du biberon" »*
- *« […] donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement maternel. Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel […]. »*

En France : loi allaitement et travail

Le Code du travail prévoit la possibilité pour les femmes de consacrer 1h par jour (réparties en 2 périodes de 30 min à répartir dans la journée en accord en l'employeur) pour l'allaitement de l'enfant et ce jusqu'à ses 1 an. La loi prévoit également des locaux dédiés et adaptés mais seulement pour les entreprises de plus de 100 salariés. Dans ce cas, la pause est réduite à 20 min (37).

Cette loi est malheureusement trop peu souvent portée à la connaissance des mères par leur entreprise et peu d'entre-elles mettent à disposition des locaux adaptés.

I.2.4.2 Allaitement : promotion et soutien à l'échelle nationale et collective

L'intérêt de l'allaitement maternel a été porté au niveau national par les pouvoirs publics au *travers d'études de surveillance épidémiologiques globales des enfants* telles que les études EPIFANE (2011-2013 et 2021), ELFE (en cours depuis 2011) ou d'enquêtes de santé telle que les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP, 2016). Les plans de Santé Publique axés sur la nutrition mettent également en lumière l'allaitement maternel tels que le PNNS 2017-2021 et le PNNS 2019-2023. L'allaitement maternel est également un thème intégré au programme des 1000 premiers jours, lancé en septembre 2019 par le Gouvernement et dont le 1er rapport a été publié en septembre 2020.

La promotion et le soutien de l'allaitement à l'échelle nationale reposent, en premier lieu, sur des recommandations émises par les autorités de santé (ex : HAS) ou des associations spécialisées reconnues d'intérêt général telles que la CoFAM. Les recommandations nationales, émanant des recommandations internationales émises par l'OMS, prônent les bienfaits de l'allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Les détails des dernières recommandations sont données en partie I.2.1.

Sur le terrain, les professionnels de la périnatalité jouent un rôle clé dans la promotion et le soutien de l'allaitement. En effet, les (futurs) parents rencontrent de nombreux professionnels parmi lesquelles des sages-femmes, des puéricultrices, des pédiatres, des gynécologues, des pharmaciens, des ostéopathes ou encore des consultantes en lactation. Chacun de ces professionnels peut, à son échelle et selon ses connaissances, accompagner les parents allaitants d'où l'importance qu'ils aient reçus les formations nécessaires à l'accompagnement des parents et des connaissances utiles sur l'allaitement maternel (physiologie, difficultés que peuvent rencontrer les parents). Dans la plupart des cas, une simple écoute attentive et empathique vaut bien mieux que des (mauvais) conseils. L'essentiel étant de redonner confiance aux parents. *Au niveau régional ou départemental, les professionnels de santé collaborent parfois au travers de réseaux de périnatalité* (ex : réseau de Protection Maternelle et Infantile - PMI, Réseau de Santé Périnatale Parisien – RSPP, Organisation Régionale Hauts-de-France autour de la périnatalité - OREHANE). Ces réseaux sont également des points d'informations, d'orientation et de relais importants pour les jeunes parents en matière d'allaitement. *Enfin, l'entretien prénatal du 4è mois ainsi que les cours de préparation à la naissance* proposés par une sage-femme libérale ou en maternité offrent l'opportunité d'informer les futurs parents sur l'allaitement maternel.

La promotion et le soutien de l'allaitement reposent également sur des structures au sein desquelles exercent des professionnels de santé telles que les hôpitaux ou les officines. Des labels spécifiques reposant sur des chartes strictes ont ainsi été créés. Il s'agit de l'Initiative Hôpital Ami des bébés (IHAB) pour les maternités et des Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel (PHAAM) pour les pharmacies de ville.

L'Initiative Hôpital Ami des bébés (IHAB) est un label international lancé par l'OMS et l'UNICEF en 1992 puis décliné en France. Certains critères permettant d'obtenir le label sont en faveur de l'allaitement maternel puisque les maternités IHAB s'engagent à privilégier l'allaitement

exclusif, l'alimentation à la demande, à éviter l'utilisation des biberons et tétines pour les enfants allaités, à adopter des pratiques favorisant un bon démarrage de l'allaitement et à travailler en réseau avec la ville en identifiant et orientant les mères allaitantes dès leur sortie vers des associations ou autre soutien adaptés (6).

L'obtention du label IHAB nécessite un changement radical des pratiques et une adhésion complète de tout le personnel soignant. L'exigence requise pour l'obtention et le maintien du label pourrait représenter un frein à l'introduction de nouvelles pratiques auprès du personnel.

Le label Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel (PHAAM) est né en Italie et tend à se déployer petit à petit dans d'autres pays européens tels que la France et la Suisse. Il sera détaillé plus longuement dans la section consacrée à la pharmacie Marceau Voie Lactée (partie IV.1).

Le label PHAAM est très peu développé en France car, tout simplement, peu connu des pharmaciens d'officine. À noter que la charte du label repose sur le respect du Code International de Commercialisation des Substituts du lait maternel qui impose des conditions strictes concernant la vente des PPN, biberons et tétines (interdictions de promotions et de mise en avant) : ceci représente souvent un frein pour les pharmaciens d'officine qui y voient probablement une perte de gains non-négligeable.

Une dernière structure dédiée entièrement à l'allaitement a vu le jour en 1947, à l'Institut de puériculture de Paris : le lactarium (38)**.** La France en compte aujourd'hui 19 placés sous l'autorité de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM). Ces « banques de lait », qui répondent à un besoin de santé publique, ont deux missions essentielles : d'une part, la collecte, la préparation, la qualification et la distribution du lait maternel dès lors qu'il est prescrit par un médecin pour un nourrisson ; d'autre part, la promotion et le soutien du don de lait et de l'allaitement maternel.

I.2.4.3 Allaitement : promotion et soutien à l'échelle individuelle

La promotion et le soutien de l'allaitement à l'échelle individuelle reposent avant tout sur l'entourage des mères, en premier lieu, leur conjoint, également sur les différentes associations existant en France concernant l'allaitement, les événements qu'elles organisent ou encore les formations qu'elles proposent.

Conjoint : le premier soutien

Les personnes en contact avec les (futures) mères allaitantes jouent un rôle de premier ordre dans l'information et le soutien à l'allaitement. La première personne impliquée et en mesure d'apporter le soutien le plus précieux est le conjoint de la mère. Ceci a été démontré dans une étude publiée en 2005 par Pisacane *et al*. et réalisée sur 280 couples souhaitant allaiter (39). Répartis en 2 groupes, les pères bénéficiaient soit d'une entrevue générale pour discuter des soins à donner aux enfants, pendant laquelle l'allaitement était abordé, mais uniquement de façon théorique (groupe témoin), soit d'une entrevue spécifique d'en moyenne 40 mn, pendant laquelle la pratique de

l'allaitement a été discutée, et les principaux problèmes susceptibles de se poser ont été abordés (groupe test). Le taux d'allaitement exclusif à 6 mois ainsi que le vécu des mères ont été recueillis.

Les résultats sont sans équivoque :

- La prévalence de l'allaitement complet à 6 mois était de 25% dans le groupe test et de 15% dans le groupe témoin.
- À 12 mois, 19% des bébés du groupe étudié étaient toujours allaités contre 11% dans le groupe témoin.
- Respectivement 8,6% et 4% des mères du groupe test ont estimé « ne pas avoir assez de lait » et ont sevré leur bébé en raison de problèmes d'allaitement, contre 27% et 18% des mères du groupe témoin.
- 91% des mères du groupe test disaient que leur compagnon les avait efficacement soutenues dans leur allaitement, contre 34% des mères du groupe témoin.

Cette étude démontre qu'une action simple et peu onéreuse reposant simplement sur une information des pères, spécifique à l'allaitement, peut avoir un impact très positif sur le taux d'allaitement et sur le vécu des mères.

Associations de promotion et de soutien à l'allaitement

Les associations œuvrant pour la promotion et le soutien fédèrent des professionnels et/ou des parents. Les plus présentent à l'échelle nationale sont les suivantes : La Leache League (LLL) France, la CoFAM, l'Information Pour l'Allaitement (IPA), Solidarilait et Reflait. Elles sont à la fois sources d'informations pour les parents et les professionnels de santé et groupe de soutien pour les couples.

Evénements pour la promotion et le soutien à l'allaitement

Les associations de promotion et de soutien à l'allaitement sont à l'origine de divers évènements en lien avec le soutien et la promotion de l'allaitement. On peut citer 3 événements majeurs en France:

- La Journée Internationale de l'Allaitement (JIA) organisée par LLL France tous les 2 ans.
- La Journée Nationale de l'Allaitement (JNA) et sa déclinaison en région avec les Journées Régionales de l'Allaitement (JRA) organisées chaque année par la CoFAM.
- La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM), déclinaison nationale de la World Breastfeeding Week (WBW), organisée également annuellement, en Octobre, par la CoFAM.

Formations et informations sur l'allaitement

De nombreuses formations sur l'allaitement existent actuellement en France. La plupart sont ouvertes à toute personne désirant se former, professionnels de santé ou non. Une formation bien choisie peut suffire pour se sentir apte à accompagner les parents allaitants. Des exemples de formations initiales sont présentés en partie IV.2.2.

L'entretien des connaissances peut ensuite se faire par le biais de formations complémentaires, mais également par le suivi des actualités scientifiques et événementielles en

matière d'allaitement. L'actualisation des connaissances est facilitée par l'adhésion à une association (ex : CoFAM, IPA) ou tout simplement en s'abonnant à des newsletters périodiques (ex : newsletter mensuelle de l'association IPA).

En France, de par les éléments mentionnés ci-dessus, l'allaitement ne semble pas écarté de toute promotion ou soutien. En effet, il dispose d'un cadre réglementaire ainsi que de structures qui lui sont favorables. Cependant, les réglementations et les organisations ne suffisent pas à elles seules. Elles ne pourront être pleinement efficaces qu'avec des professionnels formés et informés qui agiraient en toute humilité envers les parents, en les considérant au centre de l'accompagnement (approche « bottom-up ») et en sachant reconnaître ne pas savoir plutôt que de vouloir à tout prix jouer le rôle du « sachant » (approche « top-down »). En effet, des conseils erronés, le manque d'écoute et de compréhension vis-à-vis des parents allaitants ou, à l'inverse, des conseils trop nombreux et trop directifs, peuvent ébranler fortement leur confiance, en particulier celle des mères en post-partum, et avoir des conséquences psychologiques néfastes telles que la dépression post-natale.

L'exemple de l'accompagnement des parents dans leur allaitement et de ses répercussions sur leur santé mentale met en lumière l'influence qu'ont les professionnels de santé sur le cours d'une pathologie en général. Cette influence pourrait être utilisée de façon positive dans le cas où les professionnels de santé quitteraient leur position de « sachants » (approche « top-down ») pour tendre vers un rapport égal entre eux et les parents (approche « bottom-up »). Les professionnels de santé agiraient dès lors en tant qu'acteurs de prévention et de promotion de la santé (prévention quaternaire).

II DEPRESSION POST-NATALE

Cette seconde partie expose, en premier lieu, des points clés sur la dépression post-natale en termes de définition, d'étiologies, de physiopathologie et d'épidémiologie. En particulier, elle met en lumière l'existence de la DPN chez les pères. La seconde sous-partie s'intéresse aux différentes formes de prises en charges et d'accompagnements de la DPN.

II.1 Généralités sur la dépression post-natale

La grossesse et la période post-natale entrainent des changements importants et soudains au sein d'un couple, d'une fratrie ainsi qu'individuellement chez le père et la mère. Chez la femme, ces changements se manifestent tant du point de vue physique, physiologique, hormonal que psychologique. Cet environnement nouveau rend les mères particulièrement vulnérables et rend propice l'émergence ou l'intensification des symptômes dépressifs.

II.1.1 Définition et étiologie de la dépression post-natale

Initialement, la dépression post-natale (DPN) était définie comme un trouble mental grave faisant partie des troubles dépressifs majeurs dont elle était une sous-catégorie selon la DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) avec un début des symptômes en période post-partum allant de 4 à 6 semaines. Cette définition a légèrement évolué avec la parution, en 2015, du DSM-V qui définit la DPN en tant que trouble dépressif majeur mais en élargissant la période d'apparition des symptômes au péripartum. En effet, chez environ 1/3 des femmes, les premiers symptômes se manifestent déjà pendant la grossesse (40) et peuvent apparaitre jusqu'à 12 mois après la naissance. D'après les données disponibles en France, la DPN apparaît dans les 4 semaines suivant l'accouchement et présente de pics de survenue ensuite, l'un entre la 6ème et la 12ème semaine, le second à 6 mois (2).

La DPN se manifeste cliniquement par des symptômes similaires à ceux d'une dépression sévère, à savoir : humeur déprimée, perte d'intérêt dans les activités habituelles, troubles du sommeil et de l'appétit, modification du poids, fatigue, perte d'énergie, ralentissement psychomoteur ou, au contraire, agitation, sentiment d'inutilité et/ou de culpabilité, diminution de la capacité de concentration, anxiété et pensées suicidaires (40,41). Une dépression préexistante pendant la grossesse peut voir ses symptômes s'intensifier en post-partum (42). Les symptômes doivent perdurer plus de 15 jours pour confirmer l'état dépressif (2).

La dépression post-natale a pour origine un modèle bio-psycho-social, c'est-à-dire comprenant des facteurs biologiques (chute hormonale après la naissance), psychiques et socio-culturels (2).

II.1.2 Physiopathologie de la dépression post-natale

La revue de littérature montre que de nombreuses données sont disponibles sur la physiopathologie de la dépression (près de 70 000 articles au total et plus de 14 000 articles rien que

ces 5 dernières années sur Pubmed avec les mots-clés « pathophysiology of depression ») mais très peu sur celle spécifique de la DPN (605 articles au total sur PubMed avec les mots-clés « *pathophysiology of post-partum depression* » dont moins de 200 ces 5 dernières années). Parmi ce petit nombre d'études, la grande majorité des données sont issues de modèles pharmacologiques ou animaux.

Seules deux revues publiées en 2019 ont proposé un état des connaissances sur les mécanismes physiopathologiques de la DPN (40,43). Elles mettent en évidence des mécanismes neurobiologiques très divers aboutissant à un phénotype pathologique commun. Ces mécanismes sont à la fois d'ordre :

- hormonal impliquant notamment les hormones lactogéniques, les hormones du stress telles que le cortisol et les neurotransmetteurs classiques de la dépression tels que le l'Acide Gamma Amino-Butyrique (GABA), la sérotonine, la dopamine
- génétique avec des gènes candidats identifiés tels que celui codant pour l'ocytocine et son récepteur ou encore celui codant pour un des récepteurs aux œstrogènes
- épigénétique impliquant des modifications du gène codant pour le récepteur à l'ocytocine (les études épigénétiques sont émergentes)
- neuro-inflammatoires et immunitaires impliquant les interleukines (IL-6, IL-1, IL-10), les interférons et les TNFs.

Il est à noter que les résultats des études actuellement disponibles sont controversés sur ces deux derniers plans (40,43). Une attention particulière est portée à l'implication des hormones reproductives et lactogènes puisqu'elles lient la DPN et l'allaitement.

Les hormones reproductives et lactogènes

Les hormones potentiellement impliquées dans la physiopathologie de la DPN sont les œstrogènes, la progestérone (hormones reproductives) ainsi que l'ocytocine et la prolactine (hormones lactogènes). Il est intéressant de constater que la DPN et l'allaitement présentent des mécanismes neuroendocriniens communs pouvant expliquer leurs impacts réciproques (ex : arrêt de l'allaitement en raison de la DPN).

Une dysrégulation du taux d'œstrogènes pourrait être responsable d'une augmentation du taux des hormones liées au stress (cortisol, ACTH, CRH) via leur action sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. De façon générale, les modèles animaux ont montré que le fait de supprimer les œstrogènes et la progestérone était suffisant pour induire des comportements dépressifs.

Concernant les hormones lactogènes (ocytocine et prolactine), les données disponibles tendent vers une corrélation inverse entre les taux de ces hormones et la présence de symptômes dépressifs et/ou leur sévérité (40). L'ocytocine a été plus largement étudiée que la prolactine sur cet aspect. Dans une revue parue en 2020, Thul *et al* (44) ont recensé 12 études liant l'ocytocine endogène avec la DPN parmi lesquelles 8 d'entre-elles relataient une relation inverse entre les taux plasmatiques d'ocytocine et l'intensité des symptômes dépressifs.

En conclusion, la physiopathologie de la DPN semble complexe et loin d'être parfaitement connue. Il en ressort qu'elle met en jeu des mécanismes différents aux actions fortement interconnectées et conduisant à une signature clinique commune.

II.1.3 Epidémiologie de la dépression post-natale

II.1.3.1 Prévalence de la dépression post-natale

La DPN est la complication la plus fréquente chez les mères après la naissance, responsable d'environ 20% des décès en post-partum dans le monde, principalement liés aux suicides maternelles. Malgré cela, cette pathologie reste peu étudiée et sous-diagnostiquée (40). Les deux raisons pouvant être à l'origine de ce constat sont, d'un côté, la difficulté qu'ont les mères à exprimer leur mal-être auprès de leur entourage alors que la société véhicule l'image d'un post-partum forcément heureux ; de l'autre, un manque de sensibilisation et de formation des professionnels en lien avec les futurs/jeunes parents quant à la détection des signes évocateurs d'une DPN.

La DPN dans le Monde

Il existe une grande variabilité de la prévalence de la dépression post-natale à travers le monde. En effet, elle varie de façon notoire selon les pays puisqu'elle va de 0.5% à 60% au global. Dans les pays développés, elle varie entre 1.9% en Allemagne à 82.1% aux Etats-Unis. Dans les pays en développement, la prévalence s'étend de 5.2% au Pakistan à 74.0% en Turquie. Cette variabilité importante peut s'expliquer par la définition prise en compte pour la maladie, par la période post-partum considérée pour la détermination de la prévalence, par l'hétérogénéité des études menées et des outils diagnostics utilisés (Edingurgh Postnatal Depresion Scale : EPDS, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D, Beck Depression Inventory : BDI) et par les différences de seuil choisi pour le dépistage (41).

La DPN en France

Lors du Congrès 2018 du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, il a été estimé que sur 800 000 naissances chaque année en France, 30% des femmes requerraient une attention et un suivi particuliers en raison d'une fragilisation de leur état psychologique suite à leur grossesse et/ou leur accouchement. On estime que plus de 100 000 femmes sont en grande détresse psychologique dans l'année suivant la naissance de leur enfant (4).

La prévalence de la dépression diagnostiquée a été déterminée dans une étude française menée auprès de 1439 femmes entre 2001 et 2010, dans 16 unités mère-enfant. *Au final, 14.3% des femmes ont été diagnostiquées comme traversant un épisode dépressif majeur et 16.8% comme étant en dépression chronique soit au total, plus de 30% souffrant de dépression* (1).

La DPN n'est souvent reconnue, ni par la mère, ni par son entourage, car la naissance d'un enfant est, par définition, un événement de vie heureux. Les difficultés maternelles restent un sujet tabou dans la société actuelle. De même, cette pathologie est méconnue des professionnels de santé

(2). En effet, des études ont montré que seulement la moitié de ces dépressions sont détectées par le médecin généraliste ou par les autres professionnels de santé (45).

II.1.3.2 Dépistage et prévention de la dépression post-natale

Le dépistage de la DPN est indispensable mais néanmoins difficile en raison de (2):

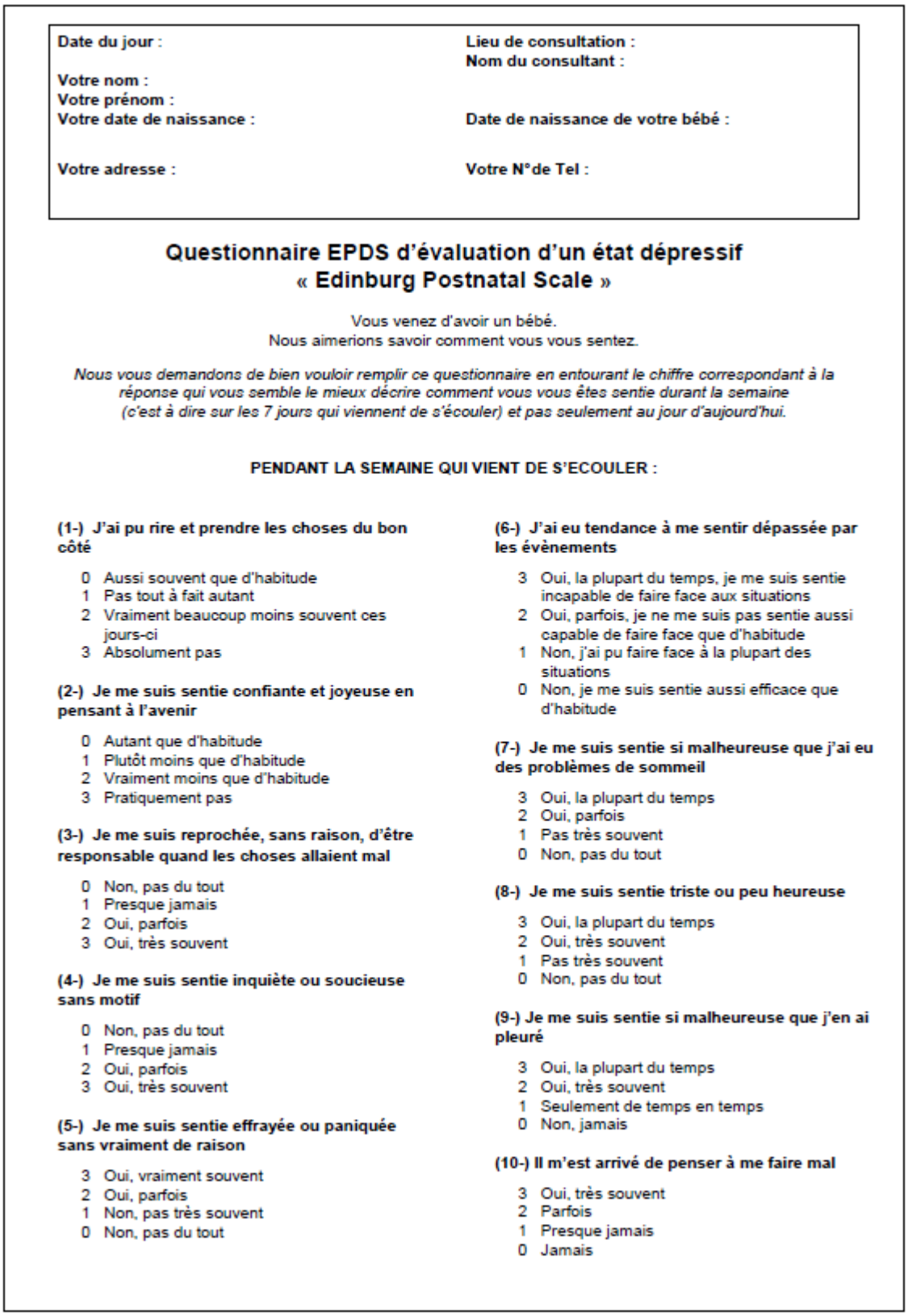
- La méconnaissance de cette pathologie de la part des professionnels de santé, des mères et de leur entourage.
- du tabou sociétal entourant les difficultés maternelles.
- La difficulté qu'ont les mamans à demander de l'aide du fait de leur état de fatigue important et de leur culpabilité intense.
- L'absence d'interlocuteur médical tant que le bébé n'est pas malade.
- La précarité rendant plus difficile l'accès aux soins.
- La banalisation des symptômes mis sur le compte de la fatigue excessive habituellement rencontrée après une naissance.

Le dépistage passe avant tout par l'information auprès des professionnels de santé, des (futures) mères et de leur entourage proche, en premier lieu, le conjoint. Plus globalement, la sensibilisation de la population générale sur les difficultés maternelles permettra également de lever petit à petit le tabou autour de celles-ci (2).

Outil diagnostique : l'échelle EPDS

Initialement, le dépistage de la DPN a été réalisé en s'appuyant sur différentes échelles habituellement utilisées pour le dépistage de la dépression. Cependant, elles se sont révélées inadaptées au cadre du post-partum, aboutissant à des résultats incertains, bien souvent non confirmés par des critères cliniques. On peut par exemple citer l'échelle SAD (Anxiety and Depression Scale) élaborée en 1978 par Bedford & Foulds, le GHQ (General Health Questionnaire) élaboré en 1970 par Goldberg ou encore le BDI élaboré par Beck en 1961. Aujourd'hui, l'échelle la plus utilisée est l'échelle EPDS.

L'échelle EPDS est un questionnaire d'auto-évaluation élaboré par Cox et al en 1987 qui s'adresse spécifiquement aux mères en post-partum afin de dépister une éventuelle dépression. Il a été développé afin que tout professionnel de santé, médecin ou non, puisse participer au dépistage (Figure 11).



Date du jour : | **Lieu de consultation :**
Nom du consultant :

Votre nom :
Votre prénom :
Votre date de naissance : | **Date de naissance de votre bébé :**

Votre adresse : | **Votre N°de Tel :**

Questionnaire EPDS d'évaluation d'un état dépressif « Edinburg Postnatal Scale »

Vous venez d'avoir un bébé.
Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant le chiffre correspondant à la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

(1-) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

0 Aussi souvent que d'habitude
1 Pas tout à fait autant
2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
3 Absolument pas

(2-) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

0 Autant que d'habitude
1 Plutôt moins que d'habitude
2 Vraiment moins que d'habitude
3 Pratiquement pas

(3-) Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

0 Non, pas du tout
1 Presque jamais
2 Oui, parfois
3 Oui, très souvent

(4-) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

0 Non, pas du tout
1 Presque jamais
2 Oui, parfois
3 Oui, très souvent

(5-) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

3 Oui, vraiment souvent
2 Oui, parfois
1 Non, pas très souvent
0 Non, pas du tout

(6-) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements

3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
0 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

(7-) Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

3 Oui, la plupart du temps
2 Oui, parfois
1 Pas très souvent
0 Non, pas du tout

(8-) Je me suis sentie triste ou peu heureuse

3 Oui, la plupart du temps
2 Oui, très souvent
1 Pas très souvent
0 Non, pas du tout

(9-) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

3 Oui, la plupart du temps
2 Oui, très souvent
1 Seulement de temps en temps
0 Non, jamais

(10-) Il m'est arrivé de penser à me faire mal

3 Oui, très souvent
2 Parfois
1 Presque jamais
0 Jamais

Figure 11: Echelle EPDS

Les 10 items de l'EPDS résultent de la combinaison d'items provenant de deux échelles utilisées pour le dépistage de la dépression, à savoir l'IDA (Irritability, Depression and Anxiety Scale) et l'HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) ainsi que d'items spécifiquement construits par Cox

et al. Il s'agit de 10 assertions volontairement courtes auxquelles les mères répondent en choisissant, parmi 4 propositions, celle qui se rapproche le plus de l'état dans lequel elle se sentait durant les 7 derniers jours. L'outil étudie deux facteurs : le facteur « Anxiété », regroupant les items 3, 4, 5, 6 et 7 et le facteur « Dépression », regroupant les items 1, 2, 8, 9 et 10 (45).
L'EPDS a été traduite et validée en français en 1998. Chaque item est côté de 0 à 3, ce qui aboutit à un score total allant de 0 à 30 ; au-delà de 11, le test est considéré comme positif par-rapport à la DPN (46). Un score-seuil de 12 pour le dépistage des DPN majeures peut être retenu. Néanmoins, dans la littérature, les seuils varient de > 9 à >14 (45).
Le questionnaire se remplit rapidement, en moins de 5 minutes, par la plupart des mères. En cas de doute, il peut s'avérer nécessaire de remplir le questionnaire une seconde fois, 2 semaines après la première (47).

En France, l'échelle EPDS est désormais disponible via l'application mobile des 1000 premiers jours. Elle devient, par-conséquent, accessible à tous, avec l'objectif d'augmenter le taux de dépistage de la DPN, en particulier précocement, afin de mieux la prendre en charge. En effet, l'intensité dépressive de l'humeur des mères au 3ème jour après la naissance est prédictive de dépression du post-partum (45). La détection des mères à risque de DPN peut également avoir lieu lors de l'entretien pré-natal du 4è mois. En complément de la détection pré-natale, le gouvernement a annoncé, fin septembre 2021, l'instauration d'un dépistage systématique de la DPN lors d'un entretien spécifique 5 semaines après l'accouchement. Un second entretien à la 12ème semaine post-accouchement sera prévu pour les mères à risque. Cette mesure de prévention prendra effet début 2022.

II.1.3.3 Diagnostic de la dépression post-natale

Le diagnostic de la DPN fait suite au dépistage positif de la maman via l'EPDS. Il est avant tout clinique et s'appuie fortement sur la temporalité de l'apparition des symptômes (48). Le diagnostic de dépression majeure repose sur la présence simultanée, chez la mère, de minimum 5 symptômes parmi les neuf listés ci-dessous :

1) Humeur dépressive présente tout au long de la journée de façon quasi quotidienne.
2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ressenti pour les activités.
3) Perte ou gain de poids de plus de 5% en 1 mois.
4) Insomnie ou hypersomnie.
5) Agitation ou ralentissement psychomoteur.
6) Fatigue excessive ou perte d'énergie.
7) Sentiment d'inutilité, de culpabilité excessive ou non-justifiée.
8) Troubles de la concentration
9) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes.

Des symptômes spécifiques retrouvés chez les mères dépressives après la naissance peuvent s'ajouter à la liste ci-dessus tels que (2):

- un sentiment d'épuisements physique et psychique intense
- le sentiment de ne pas être comblée par l'arrivée de son enfant
- l'absence de plaisir à s'occuper de lui

- le sentiment d'incapacité physique et psychique à répondre aux besoins de son bébé
- la perte d'estime de soi centrée sur ses capacités maternelles
- une anxiété massive face aux signaux envoyés par son bébé
- une certaine irritabilité, agressivité vis-à-vis de son conjoint.
- des phobies d'impulsions (la peur de faire du mal à son bébé)
- des plaintes somatiques telles que des douleurs abdominales ou des céphalées par exemple.

Le diagnostic de DPN maternelle sera évoqué si ces symptômes apparaissent dans les six mois suivant la naissance voire dans la première année.

On distingue deux types de tableaux cliniques chez la mère: l'un caractérisé par la tristesse et l'autre par la dysphorie. Ils se distinguent d'un tableau clinique de dépression hors de la période post-natale par les signes présents chez la mère qui sont déclenchés par le rapport avec son bébé. La DPN est une maladie du lien, de la relation mère-bébé (2).

Des signes évocateurs de la DPN maternelle chez le bébé (49)

L'observation du bébé peut être un élément de repérage potentiel de DPN chez la mère. En effet, il peut présenter certains troubles caractéristiques tels que :

- Des pleurs incessants
- Des troubles du sommeil ;
- Des régurgitations ;
- Une attitude de retrait ;
- Des troubles de l'attachement (difficultés d'ajustement corporel, évitement du regard…) ou de de la relation émotionnelle.

L'ensemble de ces troubles, s'ils persistent, peuvent impacter la qualité des interactions mère-bébé à long terme.

Avant de poser un diagnostic final, il convient également d'établir un diagnostic différentiel avec d'autres troubles psychiatriques intervenant en période post-natale, à savoir :

- **le baby-blues** : trouble de l'humeur fugace apparaissant entre le 3ème et le 5ème jour post-partum. Sa durée s'étend de quelques heures à quelques jours avec des symptômes disparaissant au plus tard 10 jours après la naissance.

  Le baby-blues est un épisode fréquent et bien connu, qui n'est pas considéré comme un état pathologique (48). Il est nécessaire de l'accompagner et de veiller à ce que cet état ne perdure pas. En effet, le baby-blues peut être un précurseur de la dépression (49).
- **la psychose puerpérale** : trouble psychotique rare mais grave se manifestant brutalement 1 semaine à 1 mois après l'accouchement avec un délire aigu, de la confusion et une modification brutale de l'humeur.
- **les troubles anxieux non-pathologiques** attribués à la préoccupation qu'ont les mères de répondre aux besoins de leur bébé. Cette anxiété diminue au fil des mois et ne nécessite pas de prise en charge particulière.
- **l'état de stress post-traumatique** en lien avec un accouchement parfois long, douloureux ou avec complications.

Une DPN installée est d'autant plus sévère que :

- le score à l'échelle EPDS est élevé
- les idées suicidaires sont présentes
- le ralentissement psychomoteur est important
- la relation mère-bébé est fortement altérée
- la mère rencontre des difficultés pour prendre soin de son bébé

La gravité de la dépression post-natale déterminera le type de prise en charge proposée à la famille, en particulier à la maman et à son bébé.

II.1.3.4 Facteurs de risque et de gravité de la dépression post-natale

Les facteurs de risque de la DPN sont de différentes natures. Ils allient à la fois les aspects psychiatriques, relationnels, gynéco-obstétricaux, socio-économico-culturels et endocriniens (48).
Ils peuvent être classés en 3 catégories selon la période où ils sont présents : avant, pendant ou après la grossesse (2,49,50) (Tableau IV).

Tableau IV: Facteurs de risque de la DPN, nature et temporalité (2,48–50)

		GROSSESSE		
NATURE	**FACTEURS DE RISQUE**	**AVANT**	**PENDANT**	**APRÈS**
PSYCHIATRIQUE	**Personnalité de la mère**			
	Antécédents familiaux ou **personnels de dépression** ou de troubles anxieux			
	Toxicomanie			
RELATIONNELLE	Expériences familiales négatives, mauvaises relations en particulier avec sa propre mère.			
	Antécédents d'évènement de vie négatif en période périnatale (vécu difficile de l'accouchement, difficultés de comportement de l'enfant…)			
	Mauvaises relations conjugales			
	Evénement de vie négatif (décès parents, décès enfant, enfants porteurs d'un handicap sévère, perte d'emploi…)			
	Mère isolée, éloignement familial			
	Séparation mère/enfant			
	Bébé « difficile »			
MEDICO-GYNECO-OBSTETRICALE	Fausse-couche			
	Grossesse non-désirée, pathologique ou multiple			
	Découverte de malformations ou d'anomalies faisant craindre une malformation			
	Complications obstétricales (césarienne en urgence, naissance prématurée…)			
	Maladie du nouveau-né ou de la maman			
	Décès du nouveau-né			
	Manque de soutien par les professionnels de santé de 1ère ligne			
	Complications liées à l'allaitement			
ENDOCRINIENNE	**Syndrome prémenstruel important**			
	Chute hormonale			
SOCIO-ECONOMICO-CULTURELLE	Problèmes financiers, précarité			
	Société de performance, individuelle			

D'après le Tableau IV, il est intéressant de noter que, sur les 21 facteurs de risque listés, seulement 5 sont liés strictement à la mère (en gras dans le Tableau IV*).* La plupart des facteurs de risque de la DPN sont en lien avec l'environnement, l'entourage de la mère et les relations qu'elle entretient avec eux.

Facteurs de risque socio-culturels

En raison de l'importance de leur rôle dans la survenue de la DPN, les facteurs de risque socio-culturels se doivent d'être décrits plus explicitement. En effet, la société actuelle prône la performance et l'individualisme ce qui ne favorise pas le partage des difficultés liées à la parentalité qui sont, en conséquence, un sujet tabou. En parallèle, les devoirs des parents vis-à-vis de leurs enfants sont grandissants. A titre d'exemple, les parents passent 6 fois plus de temps à s'occuper de leurs enfants comparé au siècle dernier. En effet, l'éventail des soins s'est considérablement élargi puisqu'il ne se réduit pas qu'aux soins corporels comme autrefois mais englobe, de nos jours, les soins affectifs, le développement psychique, social et intellectuel de l'enfant. De plus, les parents peuvent ressentir une forme de pression de la part des professionnels de la petite enfance en recevant des conseils en évolution permanente et parfois même contradictoires. Les parents se sentent alors perdus.

En mettant en perspective ce sentiment de désorientation face aux tâches qui leur incombent, avec l'image de performance parentale que véhicule la société, tout en prônant la liberté et l'épanouissement individuel, les parents, et tout particulièrement les mères, sont confrontés à un réel conflit entre leurs différents rôles. Ils se voient dans l'impossibilité de les assumer pleinement et correctement (2). Cette distorsion peut alors jouer en faveur de l'apparition d'une DPN, chez les mères comme chez les pères.

II.1.3.5 Dépression post-natale chez les pères

La prévalence de la DPN chez les pères s'élève entre 2 et 25%. Elle est d'autant plus élevée que les pères sont jeunes, avec un statut socio-économique bas et avec un antécédent de dépression. Au même titre que chez les mères, il est logique de penser que cette prévalence est probablement sous-estimée. Une étude a même mis en évidence une augmentation de 68% du taux de dépression chez les hommes dans les 5 ans suivant une naissance.

Contrairement aux mères, il n'y a pas de critère diagnostique spécifique à la DPN chez les pères. Elle est simplement définie par la survenue d'une dépression dans l'année suivant la naissance de leur enfant. La DPN se manifeste différemment chez les pères comparés aux mères et n'apparaît pas selon le même schéma temporel. En effet, la prévalence de dépression décroit juste après la naissance puis augmente progressivement tout au long de la 1ère année. L'installation de la dépression est plus graduelle avec des symptômes d'irritabilité et de dépendance (alcool par exemple) plus marqués que chez les mères. On retrouve également des symptômes communs à la dépression maternelle et à la dépression en général, tels que la perte d'intérêt, le manque d'énergie, l'humeur déprimée.

Les DPN maternelles et paternelles sont souvent fortement corrélées (51). La recherche de la DPN chez les pères devrait être réalisée au même titre que pour les mères car les conséquences sur le développement de l'enfant sont susceptibles d'être identiques. Le développement d'un outil de dépistage spécifique aux pères pourrait s'avérer nécessaire. Dans tous les cas, la prise en charge de le DPN devrait prendre en compte la triade enfant-mère-père.

II.2 Orientation et prises en charge de la dépression post-natale

La prise en charge de la DPN implique différents acteurs et structures. Elle peut être psychologique, psychiatrique et/ou médicamenteuse. A noter que, parmi les mères pour lesquelles une DPN a été diagnostiquée, environ un tiers d'entre elles ne suit pas le traitement proposé (45).

II.2.1 Orientation de la dépression post-natale: acteurs et modalités

Les actions de prises en charge de la DPN chez la mère se mettent en place si les signes évocateurs d'une dépression persistent ou apparaissant au-delà des 10 jours suivant la naissance (49). L'évaluation des parents, de la mère et de son enfant se fait en réseau entre les professionnels de santé en périnatalité de 1ère ligne afin de statuer sur le niveau de prise en charge à appliquer (annexe 1 et Tableau V).

Tableau V: Niveaux de prise en charge de la DPN: acteurs et structures

NIVEAU DE PRISE EN CHARGE	ACTEURS/STRUCTURES
Niveau 1	**Professionnels impliqués dans le suivi prénatal** : sage-femme libérale, médecin traitant, PMI, psychologue de maternité, pédiatre
Niveau 2	Psychologue ou psychiatre libéral Centre Médico-Psychologique (CMP) Support à domicile avec puéricultrice de PMI ou TISF (Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale)
Niveau 3	Hospitalisation de jour ou complète en unité mère/bébé ou en service de psychiatrie adulte

II.2.2 Accompagnements et soutiens de la dépression post-natale

Accompagnement psychologique de la DPN

La prise en charge psychologique est la plus répandue et a lieu principalement en ambulatoire (2). Comme explicité ci-dessus (II.2.1), elle fait intervenir différents acteurs et/ou structures d'ordre social (PMI) ou médical (médecin traitant, pédiatre). Elle peut suffire à elle seule ou être couplée à un traitement antidépresseur.

Accompagnement psychiatrique de la DPN

La prise en charge psychiatrique n'est envisagée que pour les formes graves. Elle est réalisée par un psychiatre ou un pédopsychiatre pouvant, quant à lui, entreprendre une psychothérapie

mère/bébé. *Seules les formes sévères donnent lieu à une hospitalisation.* Celle-ci a lieu soit dans une unité mère/bébé, en crèche thérapeutique ou dans un service de psychiatrie adulte (2,50).

Il est important de souligner le délai d'attente conséquent pour obtenir une place en unité mère/bébé et la question de la séparation mère/bébé dans le cas de l'hospitalisation de la mère seule, ce qui apparaît problématique dans le cas d'une DPN où le lien mère-enfant se trouve déjà altéré.

Soutiens alternatifs de la DPN

Des soutiens alternatifs aux parents traversant une DPN existent. Hors des champs de la psychothérapie, ils sont complémentaires à la prise en charge psychologique ou psychiatrique. Parmi ces soutiens, on trouve par exemple :

- *Des associations telles que Maman Blues* proposant écoute téléphonique, groupes de paroles et orientation vers des professionnels formés à la DPN.
- *Des podcasts tels que « Prenons un café »*, qui a diffusé trois épisodes sur le thème de la DPN et bien d'autres sujets en lien avec la parentalité.

En conclusion, la prise en charge de la DPN repose avant tout sur l'entourage de la mère et les professionnels de santé de 1ère ligne. Dans la grande majorité des cas, elle consiste simplement à apporter le soutien émotionnel dont la mère a besoin ainsi que des solutions d'aide pratique tout en étant disponible et capable d'une écoute empathique. A l'échelle des professionnels de santé en périnatalité, la collaboration transdisciplinaire s'avère primordiale au succès de la prise en charge. Parmi eux, le pharmacien d'officine a toute sa place, et ce au travers de sa proximité et du lien de confiance qu'il a pu tisser avec les parents préalablement à la grossesse.

II.2.3 Prise en charge médicamenteuse de la dépression post-natale

Du point de vue médicamenteux, la DPN fait appel au même arsenal thérapeutique qu'une dépression hors du champ périnatal. En revanche, une attention toute particulière doit être portée au choix du traitement antidépresseur en cas d'allaitement maternel.

Peu d'études pharmacologiques ont été menées sur les antidépresseurs disponibles à ce jour et leur compatibilité avec l'allaitement. Les molécules à privilégier sont celles ayant, à la fois, le plus faible passage dans le lait maternel, et des concentrations sanguines chez l'enfant allaité négligeables. On retrouve de telles propriétés chez des molécules appartenant à deux classes d'antidépresseurs, à savoir les Inhibiteurs (Sélectifs) de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) et les antidépresseurs tricycliques (Tableau VI) (23,52). Les deux antidépresseurs de choix en cours d'allaitement sont la paroxétine (Deroxat®) et la sertraline (Zoloft®) car leur passage dans le lait est très faible, les concentrations plasmatiques des enfants allaités sont faibles ou indétectables, les effectifs d'enfants allaités sous ces traitements maternels sont importants et aucun événement indésirable particulier n'est retenu à ce jour parmi les enfants allaités par des mères traitées (52).

Tableau VI: Médicaments de la dépression et compatibilité d'utilisation avec l'allaitement (23,52)

Classe	Médicament	Utilisation préférentielle	Utilisation possible	Utilisation déconseillée	Rationnel si déconseillé
ISRS	**Sertraline Zoloft®**	**X**			
	Paroxétine Deroxat®	**X**			
	Fluoxétine Prozac®			X	Entre 3 et 20% de la dose maternelle retrouvés chez l'enfant allaité T1/2 long : fluoxétine 4 à 6 jrs ; norfluoxétine 4 à 16 jrs
	Citalopram Seropram®		X		
	Escitalopram Seroplex®		X		
	Bupropion			X	Manque de donnée : Principe de précaution
Tricyclique	Nortriptyline		X		
	Imipramine Tofranil®		X		
	Doxépine Quitaxon®			X	Potentiel sédatif important Métabolite actif ; concentration dans le sérum de l'enfant aussi élevée que chez la mère
	Amitriptyline Laroxyl®		X		
	Clomipramine Anafranil®		X		

En pratique, d'autres traitements existent telles que l'hormonothérapie par œstrogènes ou la prise d'Omégas 3. À noter que la prise d'œstrogènes n'est pas recommandée en cas d'allaitement car elle diminue la lactation.

Nouveau traitement de la DPN (53)

En 2019, la FDA a approuvé le premier traitement spécifique de la DPN : le Zulresso® (Brexanolone). Il est indiqué, chez l'adulte, dans le traitement de la DPN, pour les formes modérées à sévères. La Brexanolone a été inscrite sur la liste des médicaments prioritaires auprès de l'EMA mais l'AMM n'a pas encore été octroyée à ce jour en Europe. La Brexanolone est un analogue exogène de l'allopregnanolone, le principal métabolite de la progestérone. Elle agit en tant que modulateur allostérique positif des récepteurs à l'acide gamma- amino-butyrique de type A ($GABA_A$).

Les résultats des études de phases 2 et 3 (Tableau VII) montrent toutes une réduction significative du score total de dépression selon l'échelle Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) comparé au placebo à la fin de la période de traitement (60h) et ce, par-rapport au score HAM-D obtenu initialement (53).

Tableau VII: Résultats du critère primaire de l'étude de phase 3 (n°2) (53)

GROUPE	Score HAM-D baseline	Score HAM-D : différence moyenne vs baseline à 60h	
Brexanolone (n=51)	22.6	-14.9	p=0.0160
Placebo (n=53)	22.7	-12.1	

Bien que l'efficacité rapide de la brexanolone soit démontrée dans la réduction du score de DPN, le maintien de cette efficacité à 30 jours n'a pas été démontré. De plus, l'administration de ce traitement est loin d'être anodine. En effet, cette dernière se fait en perfusion intra-veineuse, sur une durée totale de 60h (2.5 jours) et sous surveillance médicale en raison des effets indésirables graves potentiels tels que la perte de conscience et la sédation excessive. Enfin, son coût très élevé, de 34 000 USD (hors frais d'hospitalisation), ajoute un frein supplémentaire à son utilisation. Néanmoins, le développement de telles thérapeutiques se poursuit puisqu'actuellement, des formes orales d'analogues de la brexanolone sont en cours d'évaluation clinique (ex : Ganaxolone en phase 3).

L'exemple du Zulresso® m'interroge profondément en tant que pharmacien et maman. Plus largement, il m'interroge sur la volonté de soigner avec sans cesse de nouveaux traitements, toujours plus novateurs, en plaçant l'Humain au second plan. En effet, la DPN ne peut se circonscrire à un déséquilibre chimique interne pour laquelle la relation mère-enfant ne serait pas prise en compte. Comment réussir à soigner une maladie pour laquelle le lien affectif occupe une place importante avec une molécule chimique en trois jours ?

L'une des clés de la DPN réside dans le lien mère-enfant alors appuyons-nous sur lui et cherchons à le transformer en ressource pour aider les mères. Sachant que, dans les premières semaines suivant la naissance, le lien mère-enfant se tisse principalement par le contact physique, le toucher et les échanges de regards, l'allaitement semble être naturellement un bon candidat pour compléter l'arsenal de prévention et de prise en charge de la DPN.

III ALLAITER : UN LEVIER POUR LES MERES A RISQUE OU ATTEINTES DE DEPRESSION POST-NATALE ET LEUR ENFANT

La troisième partie présente, dans un premier temps, les conséquences multiples de la dépression post-natale maternelle sur la dyade mère-enfant ainsi que, plus largement, sur le foyer et l'environnement de la mère. Dans un second temps, les éléments scientifiques permettant de hisser l'allaitement en tant que facteur protecteur de la DPN maternelle sont présentés. Enfin, une nouvelle approche d'allaitement, appelée Biological Nurturing (BN), est décrite : après avoir présenté ses composantes et mécanismes, ses différences avec les pratiques actuelles d'allaitement sont mises en exergue pour ensuite entrevoir son intérêt dans la prévention de la DPN.

III.1 Conséquences de la dépression maternelle post-natale

La dépression post-natale est un problème de santé publique de par sa prévalence élevée et les conséquences à long terme qu'elle peut entrainer au sein de la famille (couple, fratrie), en particulier chez la mère et son enfant (2). En 2019, Slomian *et al.* (41) ont publié la première revue systématique de la littérature visant à évaluer les conséquences de la DPN chez la mère et l'enfant. Aucune autre revue n'a été publiée à ce jour.

III.1.1 Conséquences de la dépression post-natale sur la dyade mère-enfant

III.1.1.1 Conséquences de la dépression post-natale chez la mère

La DPN entraîne des conséquences à long-terme (au-delà d'un an post-partum) chez la mère sur les plans de sa santé physique, de sa santé psychologique, de ses relations sociales et peut induire des comportements à risque, altérant ainsi la qualité de vie (41). Les conséquences les plus graves sont, bien entendu, les comportements à risque, parmi lesquels on compte le suicide, l'infanticide et les addictions (tabac, alcool) (41).

En France, d'après les derniers résultats de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles parus en janvier 2021 (2,3), le suicide est la 2ème cause de mortalité maternelle et la 1ère cause en post-partum. 5 à 14% des femmes ayant accouché auraient des idées suicidaires. Sur la période 2013-2015, 35 cas de suicides maternels ont été recensés en période post-natale, soit 1.4 cas/100 000 nouveau-nés. 75% des suicides ont lieu au-delà des 42 jours après la naissance et 1/3 des mamans avaient des antécédents psychiatriques mais qui n'étaient pas connus de l'équipe médicale.

Les facteurs de risques identifiés sont les suivants : le jeune âge, l'absence de conjoint, une grossesse imprévue, des antécédents psychiatriques ou de tentative de suicide. L'ensemble de ces risques est majoré en cas d'addiction ou de vulnérabilité sociale.

En ce qui concerne la santé physique, il ressort que les mères souffrant de DPN présentent un moins bon état physique général et, par-conséquent, sont plus consommatrices de soins, à la fois

de 1ère intention (ex : consultations chez leur médecin généraliste) et spécialisés (hospitalisations, psychothérapie) (41).

La DPN altère également leur santé mentale à long-terme. En effet, les mères atteintes de DPN peuvent présenter des traits d'anxiété et un tableau clinique dépressif au-delà de 3 ans après la naissance. Dans la plupart des cas, les symptômes dépressifs sont toujours présents à 1 an post-partum. Dans la durée, la sévérité des symptômes dépressifs n'augmente pas, au-contraire, ils ont plutôt tendance à légèrement régresser. En revanche, les épisodes dépressifs sont plus longs. Plus généralement, les mères atteintes de DPN rapportent avoir une moins bonne estime d'elles-mêmes, se sentir plus tristes, avec des sentiments de colère plus forts et un moins bon contrôle de ces derniers (41).

Au vu de ces éléments, l'évaluation de la santé mentale de la mère tout au long de la 1ère année suivant l'accouchement semble cruciale. Cette évaluation peut être réalisée par tous les professionnels de santé de 1ère intention rencontrés par les mères (médecin généraliste, pédiatre, sage-femme, pharmaciens…). Le dépistage et la prévention des comportements à risque ne seront d'autant plus efficaces que si ces professionnels collaborent en réseau et de façon pluridisciplinaire (3).

III.1.1.2 Conséquences de la dépression post-natale chez l'enfant

Comme pour les mères, la DPN peut avoir des conséquences multiples chez l'enfant tant sur le plan de sa santé physique, psychologique que sur son développement moteur, cognitif ou émotionnel (Tableau VIII) (2,41,54). Ces conséquences peuvent perdurer sur le long-terme, au-delà des 2 ans de l'enfant voire dans sa vie d'adulte (ex : dépression). À noter que les enfants réagissent de façon très variable à l'état dépressif de leur mère. Ainsi, en fonction de leur degré de résilience, la dépression maternelle n'entraîne pas systématiquement de troubles chez l'enfant. Les troubles sont d'autant moins marqués qu'une tierce personne est fortement présente pour s'occuper de l'enfant et interagir avec lui (père, frère ou sœur, personnel de la crèche ou assistante maternelle). Néanmoins, le soutien de la maman reste primordial : c'est même un facteur protecteur pour l'enfant (2).

Tableau VIII: Impacts de la DPN chez l'enfant (2,41,54)

Plan des impacts	Descriptions
Santé physique	Troubles somatiques (ex : digestifs, sommeil…) Nombre de maladies plus importantes au cours de la 1ère année (ex : diarrhée, épisodes de fièvre). Sensibilité à la douleur augmentée Augmentation par 3 du risque de mortalité infantile dans les 6 premiers mois et par 2 jusqu'à 12 mois. Peu de suivi médical (pas de vaccination ni de visite de suivi annuelle) Augmentation du risque d'être admis aux urgences
Santé psychologique	Augmentation du risque de développer une dépression
Développement moteur	Retard au développement de la motricité globale et fine
Développement cognitif	Déficits cognitifs de l'attention ou du langage

Plan des impacts	Descriptions
Développement socio-émotionnel	Fonctionnement socio-émotionnel affaibli Difficultés dans la gestion des émotions Emotions négatives : sentiment de peur, d'anxiété, stress Tendance à l'intériorisation des problèmes
Développement comportemental	Troubles du comportement avec retrait relationnel lié au fait que le bébé aura fait beaucoup d'efforts pour interagir avec sa mère. Troubles de l'humeur, tempérament difficile.

III.1.1.3 Conséquences de la dépression post-natale sur les liens et les interactions affectifs

Conséquences de la DPN sur l'attachement mère-enfant et enfant-mère

La dépression post-natale altère la qualité des interactions réciproques mère-bébé (visuelles, vocales, toucher) qui s'avèrent diminuées, pauvres, répétitives, discontinues et dévitalisées ainsi que l'attachement réciproque entre la mère et son enfant (2).

Sur ces points, Slomian et al. ont recensé 11 études démontrant un impact négatif de la DPN sur l'attachement mère-enfant. L'évaluation de la DPN y est réalisée principalement par l'échelle EPDS et l'attachement par l'échelle Mother-Infant Bonding Scale (MIBS). Par exemple, l'étude d'O'Higgins *et al*. (55) a mis en évidence une augmentation par 5 du risque d'avoir un attachement moindre envers le nouveau-né (MIBS≥2), à 1 mois post-partum, chez les mères ayant un score ≥13 à l'échelle EPDS comparées aux mères ayant un score <13. De plus, il ressort de ces études que les mères atteintes de DPN manifestent moins de proximité, moins de chaleur, moins de sensibilité et moins d'implication émotionnelle envers leur bébé. Et Hardin *et al* de souligner que les mères dépressives ont un toucher affectif moindre envers leur enfant en comparaison aux mères non-dépressives (54). Enfin, les mères souffrant de DPN rencontrent globalement plus de difficultés dans la relation avec leur enfant durant la 1ère année post-partum comparée aux mères ne présentant aucun symptôme dépressif (41).

En ce qui concerne l'attachement de l'enfant envers sa mère, seules 4 études ont été identifiées et incluses dans la revue publiée par Slomian *et al.* L'ensemble de ces 4 études montre que la DPN a des conséquences néfastes sur l'attachement enfant-mère telles que le sentiment d'insécurité dans le lien enfant-mère perdurant jusqu'à 18 mois post-partum ou encore une recherche de chaleur maternelle diminuée si les symptômes dépressifs chez la mère augmentent.

La DPN impacte également le rôle maternel dans sa globalité, c'est-à-dire, les comportements de la mère vis-à-vis de son enfant, la perception qu'elle a de ses propres compétences pour s'occuper lui et enfin la manière dont elle prend soin de lui. Par exemple, il ressort que les mères déprimées adoptent des pratiques moins sécuritaires pour leur enfant (ex : le faire dormir sur le dos ou encore utiliser un siège-auto), qu'elles lui apportent un éveil moins riche (ex : moins de lecture, moins de jeux), ou encore qu'elles font preuve d'une discipline plus rigide en adoptant un ton et des mots punitifs plus marqués. De même, les mères atteintes de DPN ont une moins bonne perception de leurs compétences et capacités à prendre soin de leur enfant comparées aux mères ne présentant pas de symptômes dépressifs. Elles sont également plus enclines à qualifier de difficile le

tempérament de leur enfant et à rapporter des pleurs ou encore des problèmes de sommeil. Ceci pouvant aboutir, à l'extrême, à des risque de maltraitance de l'enfant (41).

Conséquences de la DPN sur l'allaitement

Trois revues (Dias & Figueiredo (42); Slomian *et al* (41) *;* Oyetunji *et al* (56)), ont été publiées en 2015, en 2019 et en 2020 et recensent respectivement 48, 22 et 15 études présentant les conséquences de la DPN sur l'allaitement (Tableau IX). L'ensemble des études incluses dans les 3 revues ont été publiées entre 1980 et 2019. Divers types de conséquences de la DPN ont été étudiés au travers de l'ensemble des études parmi lesquelles l'impact de la DPN sur la durée de l'allaitement est la plus fréquente. En effet, 73% des études incluses dans la revue Dias & Figueiredo évaluent ce critère, 45% dans la revue Slomian *et al* et 27% dans la revue Oyetunji *et al* (voir colonne n/N du Tableau IX) sachant qu'il peut être formulé de différentes manières selon les cas, à savoir « durée plus courte d'allaitement », « arrêt précoce de l'allaitement » ou encore « sevrage précoce ».
Certaines conséquences ont été peu abordées au sein de ces études comme l'impact de la DPN sur la confiance de la mère ou encore sur les difficultés d'allaitement. Les conséquences de la DPN sur les plans hormonaux et cérébraux ne sont, quant à eux, pas abordés.
La difficulté de comparaison de ces études réside dans le fait que les conséquences de la DPN étudiées n'emploient pas la même terminologie et se déroulent dans des pays différents (différences culturelles).

Au vu de ces éléments, il est indéniable que la DPN a des conséquences négatives sur l'allaitement et qu'elle l'impacte principalement en raccourcissant sa durée. Néanmoins, aucune donnée globale permettant de quantifier la réduction de la durée et du taux d'allaitement chez les mères atteintes de DPN comparée aux autres mères ne semble disponible. Les résultats chiffrés sont, bien entendu, disponibles individuellement pour chacune des études incluses dans les trois revues mentionnées dans le Tableau IX.

Tableau IX: Conséquences de la DPN sur l'allaitement (41,42,56)

Auteur Année	Titre	Mots-clés	Etudes incluses Période	DPN : conséquences sur l'allaitement	Etudes	n/N (%)
Dias & Figueiredo 2015 (42)	Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature	Breastfeeding, bottle feeding, depression, pregnancy, postpartum	N=48 **1980-2013**	**DPN et allaitement statistiquement associés**	**n=18**	**38**
				Durée plus courte d'allaitement	**n=31**	**65**
				Arrêt précoce de l'allaitement maternel exclusif	**n=4**	**8**
				Attitudes négatives de la mère envers allaitement (ex inquiétude)	n=4	8
				Difficultés d'allaitement	n=4	8
				Diminution de la confiance de la mère envers son allaitement	n=2	4
Slomian *et al* 2019 (41)	Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes	Postpartum depression, postnatal depression, puerperal depression	N=22 **2005-2016**	**Impact négatif DPN sur allaitement**	**n=16**	**73**
				Arrêt précoce allaitement maternel exclusif/Sevrage précoce	**n=10**	**45**
				Difficultés d'allaitement	n=1	4
				Diminution de la confiance de la mère envers son allaitement	n=3	14
Oyetunji *et al* 2020 (56)	Postpartum stress and infant outcome: a review of current literature	Postpartum, stress, infant, growth, development, nutrition, attachment, sleep	N=15 **1995-2019**	**Durée plus courte d'allaitement**	**n=1**	**7**
				Arrêt précoce de l'allaitement maternel	**n=3**	**20**
				Diminution de la confiance de la mère envers son allaitement	n=1	7
				Diminution prévalence/taux allaitement	**n=3**	**20**

III.1.2 Conséquences de la dépression post-natale sur l'environnement des mères : couple, foyer, relations sociales

Les répercussions de la DPN ne sont pas circonscrites à la dyade mère-enfant. En effet, les conséquences de la DPN affectent également l'environnement de la mère, à savoir le couple, le foyer et ses relations sociales. Au sein du couple et au cours de la 1ère année post-partum, les mères souffrant de DPN qualifient leur relation conjugale de plus distante, froide et difficile et se sentent moins confiante quant à celle-ci. La sexualité du couple s'en trouve également affectée négativement (57). La santé du conjoint peut être également touchée avec un nombre plus importants de maladies retrouvées chez les proches des mères atteintes de DPN (58). Il est intéressant de rappeler ici que la DPN chez les pères est fortement corrélée avec celle des mères (voir partie II.1.3.5).

Hormis le couple, les relations sociales des mères atteintes de DPN sont rendues plus difficiles, réduites et perçues, par la mère, comme un manque de soutien de la part de son entourage. Enfin, la DPN a des conséquences sur le fonctionnement du foyer. En effet, une étude américaine a montré que la prévalence des familles sans domicile est 2 fois plus importante si la mère souffre de DPN (OR=2.29 ; [1.08 ; 4.85]) et que la DPN augmente de 1.5 fois le risque pour la famille de devenir sans domicile comparé aux familles dont la mère ne présente pas de DPN (OR=1.40 ; [1.12 ; 1.75]) (59).

III.2 Allaitement : facteur préventif des effets de la dépression post-natale

III.2.1 Allaitement : facteur préventif chez la mère à risque ou atteinte de dépression post-natale

À ce jour, la plupart des études publiées liant l'allaitement et la DPN s'intéressent uniquement à l'impact de la dépression sur l'allaitement. Très peu d'études ont adressé le lien inverse (une seule jusqu'en 2013), c'est-à-dire, l'impact que pourrait avoir l'allaitement sur les symptômes de la DPN maternelle. Or, la relation entre DPN et allaitement est bidirectionnelle. D'après les études disponibles dans la littérature, l'allaitement ressort comme étant un facteur protecteur des effets la DPN. Les six études les plus pertinentes, dont la dernière est parue en septembre 2021 (60), ainsi que leurs résultats, sont présentés dans le Tableau X.

Tableau X: Synthèse bibliographique sur les effets protecteurs de l'allaitement vis-à-vis de la DPN

Auteur, Année, Pays	Objectif	Echantillon	Design & Suivi	Mesure dépression	Mesure allaitement	Résultats
Toledo 2021 USA (60)	Etudier la relation entre l'allaitement et le risque de DPN	N=29 682	**Design :** transversale	PHQ-2[a] & PRAMS[b]	PRAMS[b]	**Prévalence** Allaitement : 42% Dépression : 14,6% avant grossesse ; 13% pendant grossesse. **Association DPN/Allaitement** Mères allaitantes ont risque de DPN significativement diminué (OR_a=0.87, [0.89 ; 0.95] ; p=0.001) Au plus la durée d'allaitement augmente, au plus le risque de DPN diminue significativement (p<0.002)
Miksic, 2020 Croatie (61)	Observer les effets de l'allaitement sur la DPN et l'anxiété maternelles	N=220	**Design** : cohorte prospective **Durée de suivi** : 36ème semaine grossesse à 3 mois post-partum	EPDS[c] (symptômes), BDI[d] (sévérité)	Questionnaire (puerpera-adjusted clinical questionnaire)	**Prévalence** Allaitement : 89,2% sortie maternité ; 62,5% à 3 mois. Dépression : 94,1% (légère) **Association DPN/Allaitement** Résultats significatifs à 3 mois (p<0.05) : score BDI moyen > chez les mères n'allaitant pas comparé aux mères allaitantes (3.53 vs 2.28 ; p=0.042)
Wouk, 2019 USA, Caroline du Nord **(62)**	Estimer l'association entre les émotions positives durant l'allaitement et la dépression maternelle durant la 1ère année post-partum	N=164	**Design :** cohorte longitudinale **Durée de suivi** : 3ème trimestre grossesse à 12 mois post-partum	BDI-II[d] mDES[e] (émotions)	NA[i]	**Prévalence** Allaitement : NA[i] Dépression : 16,5% à 2 mois, 15.2% à 6 mois et 16.5% à 12 mois **Association DPN/Allaitement** Association des émotions positives durant allaitement avec une diminution significative du score BDI-II à 2, 6 et 12 mois (2.85 [1.28 ; 4.41] ; 2.90 [1.35 ; 4.44] ; 2.98 [0.29 ; 4.72])
Figueiredo, 2014 Portugal (63)	Explorer les effets de l'allaitement sur la DPN	N=145	**Design :** cohorte prospective **Durée de suivi :** 2ème trimestre grossesse à 12 mois post-partum	EPDS[c]	IBS[f]	**Prévalence** Allaitement : Initiation : 92% ; Exclusif<3 mois : 37% ; Exclusif <3 mois et >6 mois : 38% ; ≥6 mois : 17% Dépression : ND[i] **Association DPN/Allaitement** Diminution significative du score EPDS à 3 mois post-partum comparé au score EPDS 1er trimestre grossesse (p<0.001), du 2ème trimestre (p<0.001), du 3è trimestre (p<0.05) et à la naissance (p<0.001) pour mères allaitant exclusivement ≥ 3 mois

Auteur, Année, Pays	Objectif	Echantillon	Design & Suivi	Mesure dépression	Mesure allaitement	Résultats
Hahn-Holbrook, 2013 USA (64)	Evaluer si l'allaitement dans les 1ers mois post-partum prédit une réduction des symptômes dépressifs ultérieurs	N=205	**Design :** cohorte longitudinale prospective **Durée de suivi :** 2ème trimestre grossesse à 24 mois post-partum	CES-D[g] (prénatale) EPDS[c] (postnatale)	Questionnaire en entretien	**Prévalence** Allaitement : 68,5% à 3 mois dont 41,5% exclusivement Dépression : 25% prénatale ; 20% à 3 mois **Association DPN/Allaitement** Mères allaitant plus fréquemment à 3 mois post-partum montrent une diminution plus importante des symptômes dépressifs à 24 mois comparées aux femmes allaitant moins fréquemment à 3 mois ($p<0,05$).
Ystrom, 2012 Norvège (65)	Evaluer si l'arrêt de l'allaitement est prédictif de l'augmentation des symptômes dépressifs à 6 mois post-partum	N= 42 225	**Design** : cohorte prospective **Durée de suivi :** 30ème semaine grossesse à 6 mois post-partum	SCL-8[h]	Auto-déclaratif	**Prévalence** Allaitement : 84% d'allaitement à 6 mois (15.1% exclusif ; 68.8% mixte) Dépression : SCL moyen =1.27 à 30 semaine grossesse SCL moyen=1.25 à 6 mois post-partum **Association DPN/Allaitement (à 6 mois)** Symptômes dépressifs prédits par type alimentation (allaitement vs biberon). Alimentation au biberon = facteur de risque de DPN ; associée à augmentation symptômes dépressifs entre 30ème semaine grossesse et 6 mois post-partum ; Arrêt de l'allaitement prédictif augmentation symptômes dépressifs (β_a=0.11 ; [0.09 ; 0.14])

a : Patient Health Questionnaire – 2 ; b: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System ; c: Edinburgh Postnatal Depression Scale ; d: Beck Depression Inventory ; e:modified Differential Emotions Scale ; f: Index of Breastfeeding Status ; g: Center for Epidemiological Studies Depression Scale ; h: Hopkins Symptom Checklist ; i: non-applicable ; j: ND: donnée non-disponible

Parmi les six études relatant les effets protecteurs de l'allaitement vis-à-vis de la DPN maternelle, cinq sont des études de cohorte (niveau de preuve élevé) avec de petits effectifs (180 mères en moyenne), à l'exception de l'étude d'Ystrom menée sur plus de 42 000 mères, et une étude est transversale avec un effectif important de près de 30 000 mères.

Bien qu'hétérogènes, les outils de mesure utilisés pour évaluer la DPN maternelle sont tous validés au regard de cette pathologie. L'échelle EPDS est employée dans la moitié des études. L'évaluation de la DPN maternelle a systématiquement eu lieu en pré- et en post-partum, à des échéances variables, permettant ainsi d'évaluer l'évolution des symptômes dépressifs pendant la grossesse et après la naissance. La période de suivi en post-partum s'étend de 3 mois à 24 mois. Un suivi de 3 mois est relativement court pour l'évaluation de la DPN maternelle puisqu'elle peut survenir dans l'année suivant la naissance. Un suivi de 6 mois semble le minimum pour évaluer l'effet de l'allaitement sur la DPN maternelle et devrait être idéalement de 12 mois ou plus.

L'information clé ressortant de ces six études est le caractère protecteur de l'allaitement vis-à-vis de la DPN. En effet, l'ensemble des études livrent des résultats cohérents démontrant que l'allaitement, d'une durée supérieure à 3 mois, exerce une action positive quant aux symptômes dépressifs chez la mère. Les résultats de l'étude d'Ystrom ont un poids d'autant plus important qu'il s'agit d'une étude de cohorte menée sur un grand effectif (n=42 225). Ystrom a identifié l'alimentation au biberon comme étant un facteur de risque de la DPN maternelle et l'arrêt de l'allaitement comme étant prédictif d'une aggravation des symptômes dépressifs.

Au vu des résultats des six études présentées, la preuve de concept hissant l'allaitement en tant que facteur protecteur de la DPN maternelle est faite. Néanmoins, comme l'a fait Ystrom en Norvège, il pourrait être intéressant de s'appuyer sur les cohortes disponibles en France telles que les cohortes ELFE (n=18 000) et EPIFANE (n= 3365) pour évaluer, à l'échelle nationale, l'effet de l'allaitement sur le DPN maternelle et ainsi confirmer les résultats disponibles à ce jour dans la littérature.

En conclusion, ces études démontrent bien l'association bidirectionnelle entre DPN et allaitement avec, d'un côté, la dépression (pré- et postnatale) prédisant une durée plus courte d'allaitement, et de l'autre, l'allaitement prédisant une diminution des symptômes dépressifs.

Plus généralement, il est intéressant d'étudier l'effet protecteur de l'allaitement sur les symptômes dépressifs de la DPN maternelle. En effet, si l'effet protecteur est clairement démontré, l'allaitement pourrait être un moyen (naturel) supplémentaire permettant de prévenir une pathologie ayant des conséquences négatives, à la fois sur la santé de la mère, de son enfant et de son entourage (conjoint notamment) (64). Néanmoins, il est crucial de préciser que l'allaitement ne pourra exercer ses effets bénéfiques sur les mères et leur enfant que si et seulement si elles sont dans un environnement bienveillant, avec des interventions extérieures limitées, orientées uniquement vers son bien-être et non visant à lui enseigner comment allaiter.

Effet de l'allaitement sur le toucher affectif de la mère (54)

En 2021, Hardin *et al.* ont publié la première, et unique étude à ce jour, évaluant le lien entre le toucher affectif mère/bébé (et réciproquement) et le mode d'alimentation de ce dernier (Tableau XI).

Tableau XI: Caractéristiques méthodologiques de l'étude Hardin et al (54)

Titre	Design	Population	Suivi	Mesures	Données : recueil et analyse	Objectif primaire
Affectionate touch in the context of breastfeeding and maternal depression influences infant neurodevelopmen-tal and temperamental substrates	Expérimental	113 dyades mères/ enfants 4 groupes	1 & 3 mois post-partum	IBQ-R[a] EEG[b] TSI[c] Infant Touch Scale	**Questionnaires** CES-D[d], IBQ-R[a], type alimentation + **vidéos** + **EEG[b]** **Analyse statistique multivariée**	Examiner interactions entre DPN et allaitement sur toucher affectif mère /enfant, sur tempérament et maturation corticale enfant.

a: Infant Behaviour Questionnaire Revised ; b: Electroencephalography ; c: Touch Scoring Instrument; d: Center for Epidemiological Studies Depression Scale

Des scores composites de toucher affectifs de la mère et de l'enfant ont été créés spécifiquement pour l'étude. Pour chacun, deux dimensions du toucher affectif (toucher « profond » et « léger ») correspondant à des types de touchers différents (ex : massage du bébé avec toute la main vs caresses, baisers) ont été regroupées en une seule variable portant le nom de « toucher affectif maternel actif » pour la mère, et de « comportements affectifs tactiles » pour l'enfant.

Les durées respectives du toucher affectif maternel actif et des comportements affectifs tactiles de l'enfant ont été mesurées en visionnant l'extrait de l'enregistrement vidéo sélectionné pour chaque dyade, d'une durée systématique de 5 minutes (Tableau XII). Le ratio des durées mesurées pour le toucher affectif maternel et les comportements affectifs tactiles de l'enfant sur la durée totale de l'extrait vidéo (5 min) aboutit à un pourcentage utilisé dans les analyses statistiques et calculé selon la formule ci-dessous.

$$\%\ toucher\ affectif\ maternel = \frac{\text{durée toucher affectif maternel actif x } 100}{5}$$

Tableau XII: Pourcentages de toucher affectif chez les mères et leur enfant, à 1 et à 3 mois selon leur état dépressif et leur mode d'alimentation

Toucher affectif mère (%)/ Effectif (N)				
	Mères non-déprimées (D-)		Mères déprimées (D+)	
Groupe	**Allaitement (All)**	**Biberon (Bib)**	**Allaitement (All)**	**Biberon (Bib)**
1 mois	**13.60 N=49**	3.88 N=22	15.12 N=10	5.54 N=10
3 mois	**15.53 N=47**	7.86 N=14	13.26 N=8	2.71 N=7

À 1 mois post-partum, les mères du groupe D+/All présentent un niveau de toucher affectif 3 fois plus important comparés aux mères du groupe D+/Bib (15.12% vs 5.54% ; p<0.03).

De même, les mères du groupe D-/All présentent, à 1 mois post-partum, un pourcentage de toucher affectif significativement plus élevé que les mères nourrissant leur enfant au biberon, qu'elles soient déprimées (13.60% vs 5.54% ; p=0.01) ou non (13.60% vs 3.88% ; p<0.001).

En revanche ; les résultats ne sont pas statistiquement significatifs entre les groupes D+/All et D-/All (15.12% vs 13.60%).

A 3 mois, les résultats montrent que les mères du groupe D+/All, au même titre que celles des groupes D-/All et D-/Bib, voient leur pourcentage de toucher affectif significativement plus élevé que celui des mères du groupe D+/Bib (13.26% vs 2.71% ; p=0.02).

En d'autres termes, l'allaitement gommerait les effets négatifs de la DPN sur le toucher affectif de la mère envers son enfant, le rendant ainsi équivalent à celui qu'expriment les mères non-déprimées.

Autres effets de l'allaitement

L'allaitement améliore également certains facteurs pouvant contribuer à réduire la DPN, à savoir : le sommeil des mamans, leur implication émotionnelle vis-à-vis de leur enfant, les interactions, la proximité physique mère-enfant, la confiance en soi et sa confiance en sa capacité à être mère (63). A contrario, les femmes ayant vécu une mauvaise expérience d'allaitement dans les premières semaines suivant la naissance de leur enfant sont plus à même de présenter des symptômes dépressifs à 2 mois post-partum (66).

Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'allaitement apparait comme un moyen d'agir en faveur de la diminution des symptômes ou de la prévention de la DPN maternelle, qu'elle soit nouvelle ou la continuité d'une dépression préalable.

III.2.2 Allaitement : facteur préventif chez l'enfant de mère atteinte de dépression post-natale

Dans la partie précédente, les effets bénéfiques de l'allaitement pour la mère à risque ou atteinte de dépression post-natale ont été évoqués. Or, il a été vu que cette pathologie a des conséquences également sur le bébé et sur le lien avec sa mère. Il est donc opportun de se demander si l'allaitement pourrait aussi avoir des effets positifs sur les nouveau-nés, et ce en agissant spécifiquement sur les impacts que peut avoir la DPN maternelle.

Un des effets positifs et évidents de l'allaitement pour les nouveau-nés de mères atteintes de DPN concerne le lien mère-enfant : il se voit renforcé par le contact physique rapproché et prolongé inhérent à l'allaitement, en particulier durant les premières semaines après la naissance. En 2021, Hardin *et al.* ont publié la 1ère étude, et unique à ce jour, évaluant le lien entre le toucher affectif du bébé envers sa mère (et réciproquement) et son mode d'alimentation (54). Cette étude et ses résultats sont détaillés ci-après.

Effets sur le toucher affectif de l'enfant (54)

Les caractéristiques méthodologiques de l'étude de Hardin *et al*. sont présentées précédemment dans le Tableau XI.

Tableau XIII: Pourcentages de toucher affectif chez les enfants de mères déprimées et non-déprimées, à 1 et à 3 mois

Toucher affectif enfant (%) / Effectif (N)				
	Mères non-déprimées (D-)		Mères déprimées (D+)	
Groupe	**Allaitement (All)**	**Biberon (Bib)**	**Allaitement (All)**	**Biberon (Bib)**
1 mois	28,65 N=49	16,78 N=21	25,74 N=10	28,22 N=10
3 mois	62,11 N=43	25,09 N=14	47,49 N=9	30,58 N=7

À 1 mois, aucun résultat sur le toucher affectif des enfants envers leur mère n'est significatif entre les 4 groupes. Les résultats montrent simplement qu'en moyenne, les enfants ayant le pourcentage de toucher affectif le plus bas sont ceux des mères du groupe D+/Bib (25,09%).

À 3 mois, des résultats significatifs apparaissent. En effet, les enfants du groupe D-/All de présentent un toucher affectif envers leur mère significativement plus développé que :

- les enfants du groupe D-/Bib (62,11 vs 25,09 ; p=0,004)
- les enfants du groupe D+/Bib (62,11 vs 30,58 ; p=0,05)

De plus, il est intéressant de noter qu'aucune différence significative n'apparaît en terme de toucher affectif entre les enfants des groupes D+/All et D-/All (47,49 vs 62 ,11).

En conclusion, le toucher affectif des enfants envers leur mère n'est significativement réduit que chez les enfants nourris au biberon (D+/Bib & D-/Bib), quel que soit le statut dépressif de la mère. D'autre part, la réduction du toucher affectif n'est pas retrouvée de façon significative chez les enfants allaités, quel que soit le statut dépressif de la mère (D-/All & D+/All). En d'autres termes, il semble que l'allaitement permettrait de gommer les effets néfastes de la DPN maternelle sur le toucher affectif de l'enfant.

Effets neuroprotecteurs de l'allaitement

Hardin et al. ont également été les premiers à mettre en lumière l'impact de la DPN maternelle sur le développement cérébral de l'enfant. Ils ont examiné si la DPN maternelle, couplée au mode d'alimentation du nourrisson, est liée à l'asymétrie de l'activité cérébrale entre hémisphère droit et gauche observée chez ce dernier. En effet, il a auparavant été montré que les enfants de mères déprimées présentent une hypoactivation de l'hémisphère gauche au profit du droit, de la même façon que ce qui est retrouvé chez les adultes déprimés. Cette asymétrie en faveur de l'hémisphère droit reflèterait des dysrégulations affectives, émotionnelles et comportementales (comportement de retrait, d'inhibition par exemple). La norme admise est l'asymétrie cérébrale au profit de l'hémisphère gauche, témoignant d'un développement comportemental et moteur normaux.

Tableau XIV: Asymétrie cérébrale chez les enfants à 1 et 3 mois selon leur mode d'alimentation et le statut dépressif de leur mère (54)

	Asymétrie à 1 mois				Asymétrie à 3 mois			
	Mère déprimée		Mère non-déprimée		Mère déprimée		Mère non-déprimée	
	D+/All *N=8*	**D+/Bib** *N=8*	**D-/All** *N=35*	**D-/Bib** *N=15*	**D+/All** *N=8*	**D+/Bib** *N=8*	**D-/All** *N=35*	**D-/Bib** *N=15*
Asymétrie frontale moyenne (Ecart-type)	0.51 (1.30)	0.05 (0.79)	0.11 (0.47)	-0.45 (1.91)	0.65 (1.36)	-0.25 (0.58)	0.06 (0.48)	0.45 (1.26)

À 1 mois

Aucune différence significative n'apparaît entre les groupes à 1 mois.

D'après les valeurs moyennes d'asymétrie cérébrale, on observe que celles des enfants du groupe D+/All est similaire à ceux des enfants de mères non-déprimée, c'est-à-dire, que tous montrent une asymétrie frontale gauche. En revanche, les enfants du groupe D+/Bib présentent une asymétrie frontale droite.

À 3 mois

Les résultats de Hardin *et al*. à 3 mois montrent que les enfants du groupe D+/Bib sont les seuls à présenter une activation cérébrale (frontale) majoritairement droite (Figure 12). De plus, la comparaison statistique entre l'asymétrie cérébrale des groupes d'enfants de mère non-déprimée (D-/All & D-/Bib) et celle des enfants du groupe D+/All n'a pas conduit à des résultats significatifs.
Autrement dit, les enfants du groupe D+/All ne présentent pas de différence significative en termes d'asymétrie cérébrale comparés aux enfants de mères non-déprimées (D-/All & D-/Bib) (Figure 12).

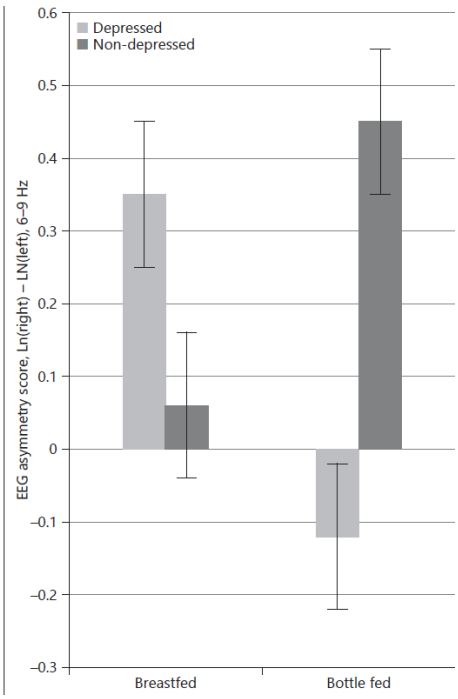


Figure 12: Score d'asymétrie cérébrale (frontale) à 3 mois pour les 4 groupes (54)

Les enfants du groupe D+/Bib sont les seuls à montrer une asymétrie en faveur de l'hémisphère droit, témoignant d'un développement cérébral affecté par l'état dépressif de leur mère.

Et Hardin *et al*. de conclure que l'allaitement, en augmentant le degré de toucher affectif de la mère envers son enfant exerce un effet neuroprotecteur sur ce dernier, lui permettant un développement émotionnel et comportemental « normal ». Cet effet neuroprotecteur de l'allaitement est retrouvé chez les enfants allaités bien qu'ils soient exposés aux conséquences de la DPN maternelle.

En définitive, l'effet neuroprotecteur de l'allaitement surpasserait les impacts négatifs de la DPN maternelle sur le développement cérébral et, donc comportemental, de l'enfant. Un allaitement stable dans la durée permettrait de rediriger la trajectoire du développement socio-émotionnel de l'enfant exposé à la DPN maternelle.

III.3 Allaitement instinctif ou Biological Nurturing

L'allaitement agissant positivement à la fois sur les mamans atteintes de DPN et leur enfant, il est raisonnable de penser que favoriser l'allaitement et le prolonger serait d'autant plus bénéfique pour chacun d'eux. En effet, il est démontré qu'une durée plus courte d'allaitement est associée à une augmentation du risque de DPN maternelle (15). Pour ce faire, la mise en pratique d'une nouvelle approche de l'allaitement : le Biological Nurturing ou allaitement instinctif semble être un moyen approprié et prometteur. En effet, cette approche place la mère au centre de son allaitement, en lui portant une attention bienveillante et en s'intéressant avant tout à son confort au lieu de lui enseigner comment allaiter. Ce changement d'attitude rend la mère pleinement actrice de son allaitement ce qui la renforce dans ses capacités maternelles et sa confiance en elle. L'approche BN déclenche un cercle vertueux au sein de la dyade mère-enfant : les mères ressentent plus de plaisir à allaiter, il sera, par-conséquent, plus aisé pour elles de le prolonger. Ceci permettra à leur enfant de bénéficier de l'ensemble des bienfaits de l'allaitement maternel évoqués précédemment.

III.3.1 Allaitement instinctif ou Biological Nurturing : présentation générale

III.3.1.1 Genèse du Biological Nurturing

Le Biological Nurturing (BN) est né des travaux de recherches doctorales menées par Suzanne Colson (Photo 1) et publiés pour la première fois en 2008.

Mère de trois enfants allaités, consultante en lactation, sage-femme, Docteure en Lactation Humaine et membre fondateur LLL France, Suzanne Colson endosse de multiples casquettes et compte ainsi plus de 40 ans d'expérience dans l'accompagnement des mères (allaitantes ou non), en maternité ou à la maison. L'alimentation infantile a toujours été son domaine de prédilection. Actuellement Professeur Adjoint à l'Université de Christ Church de Canterbury, elle fait également partie des comités scientifiques de LLL (en France et en Angleterre) et de la CoFAM.

L'originalité et l'unicité de ses travaux l'amènent à les présenter aux quatre coins du monde sous forme d'ouvrages, de conférences ou de sessions de formations. Elle est notamment intervenue

lors des dernières Journées Internationales de l'Allaitement à Paris en novembre 2019 ainsi qu'à la Journée Nationale de l'Allaitement en mars 2021.

Photo 1: Suzanne Colson

Le BN et ses composantes se sont révélés progressivement au cours d'expériences à la fois personnelles et cliniques, de projets de recherche et de formations menés par Suzanne Colson. Au cours de sa pratique d'accompagnement, cette dernière a constaté que davantage de mères allaitantes rencontraient des problèmes et demandaient plus d'attention comparées aux mères nourrissant leur bébé au biberon. Suzanne Colson les accompagnait en se basant sur ses connaissances acquises lors de sa formation de consultante en lactation et de sage-femme.

Le point de départ du changement de son accompagnement et donc du BN correspond au visionnage de la vidéo *« Naissance et première tétée »* de Righart et Frantz montrant le déroulement de la première heure après la naissance (67). L'étude de Righard & Alade a démontré qu'il est préférable de ne pas séparer les mères et leurs bébés après la naissance pour favoriser l'allaitement (68). Au cours de visionnages répétés, Suzanne Colson y découvre des réflexes du nouveau-né, notamment celui de fouissement et de reptation qui semblent stimulés par le positionnement ventral du bébé sur le corps de sa mère et qui, de plus, apparaissent même lorsque le nouveau-né dort.

Lors de son exercice en tant que sage-femme en maternité, Suzanne Colson a mis en place le journal intime d'allaitement en remplacement du formulaire classique de suivi des tétées. Au sein de ce journal, complété par les mamans, ces dernières sont encouragées à prendre leur bébé durant la journée et ce même endormi. Elles y notent le temps de câlin indépendamment du temps où leur bébé tète activement. L'analyse de ces journaux d'allaitement a révélé une association positive entre le temps de câlin et le temps de succion active au sein et a mis en lumière l'importance de la relation mère-enfant pour un bon démarrage de l'allaitement au lieu de mettre l'accent sur les aspects quantitatifs de celui-ci (durée et fréquence des tétées, intervalles entre les tétée etc…) (69).

Enfin, au fur et à mesure de ses observations, Suzanne remarque que le fait que le nouveau-né puisse téter dans des conditions et un environnement se rapprochant au plus de sa vie fœtale facilitait l'allaitement (mémoire corporelle). La notion de continuité était apparue.

À ce jour, le BN commence peu à peu à devenir un terme familier parmi les personnes gravitant autour de l'allaitement. Il n'en reste pas moins une approche récente dont la pratique est encore peu étendue au regard du nombre de mères allaitantes et surtout peu étudiée à grande échelle (8 articles sur PubMed en tapant les mots-clés « Biological Nurturing and Breastfeeding)

En 2021, Suzanne Colson a publié une nouvelle édition, en version française, de son premier ouvrage sur le BN paru initialement en 2010 et intitulé *« An introduction to Biological Nurturing : New Angles on Breastfeeding ».* Cette nouvelle édition est parue sous le titre de *« L'Allaitement Instinctif – Biological Nurturing »* et constitue actuellement l'ouvrage de référence sur le BN (69).

III.3.1.2 Définitions du Biological Nurturing

La littérature ne donne pas de définition précise de l'allaitement instinctif. Suzanne Colson écrit elle-même dans son dernier livre *« qu'il est difficile de formuler une seule définition du BN de manière à saisir la magie de cette approche »*. « Biological » fait référence aux comportements innés d'allaitement et « Nurturing » aux comportements appris, hérités de l'acquis culturel (69).

Sur le plan scientifique, le BN peut être défini comme étant une approche neurocomportementale de l'allaitement qui encourage les mères à allaiter en position semi-inclinée vers l'arrière avec leur bébé posé ventre à ventre et joue sur le sein, permettant ainsi un contact maximal entre le bébé et sa mère grâce à la gravité. Ce positionnement mutuel ouvre complètement le corps de la maman pour accueillir son bébé et favorise les mouvements de celui-ci grâce à l'activation des réflexes néonatals dits archaïques ainsi que les comportements instinctifs maternels stimulant l'allaitement (70).

En pratique, le BN pourrait être qualifié de Berceau Naturel offert au nouveau-né par sa maman et son papa, au sein duquel ils le maternent durant ses premières semaines de vie, assurant ainsi une continuité entre les vies intra- et extra-utérines (Photo 2). Cette continuité s'appuie sur différents paramètres tels que le contact physique prolongé avec ses parents, la position ventrale, ainsi que la possibilité de téter suivant un rythme physiologique. L'allaitement, au travers du BN, fait partie intégrante de cette continuité.

Photo 2: Le Berceau Naturel offert par la maman à son bébé

Ces deux définitions du BN se rejoignent dans la simplicité et la rapidité de mise en œuvre de cette approche qui ne requiert aucune règle, aucune procédure ni position particulière. Pour la plupart des mamans, le BN apparaît comme aussi naturel que de s'endormir (71).

L'accompagnement actuel de l'allaitement, qui repose, quant à lui, sur un enseignement de la part des professionnels de santé délivré aux mères sur leur manière d'allaiter leur enfant, va à l'encontre de cet élan naturel. En effet, il repose bien souvent des indications précises en matière de positionnement de la maman et de son bébé ou encore de fréquence de tétées. Or, le fait d'enseigner

un processus naturel freine considérablement voire supprime totalement l'instinct maternel puisqu'il fait appel à l'intellect, engendrant ainsi des comportements réfléchis et volontaires (69).

En définitive, le BN est une nouvelle approche de l'allaitement centrée sur la maman qui allie un panel de postures maternelles semi-inclinées vers l'arrière permettant ainsi d'offrir un habitat naturel au nouveau-né favorisant ses comportements innés et les rendant moteurs vis-à-vis de l'allaitement. (71). Plus simplement dit, le BN permet aux mamans et à leur bébé de trouver leur manière d'allaiter et d'être allaité respectivement (72).

III.3.1.3 Composantes du Biological Nurturing

Le BN ne peut être réduit à une nouvelle position d'allaitement tant il implique différents paramètres, à la fois chez la mère et son bébé. Il compte 6 composantes réparties à la fois chez la mère et le nouveau-né et classées en 3 catégories qui sont la position/posture, l'état de conscience et les comportements innés de chacun (69) (Figure 13).

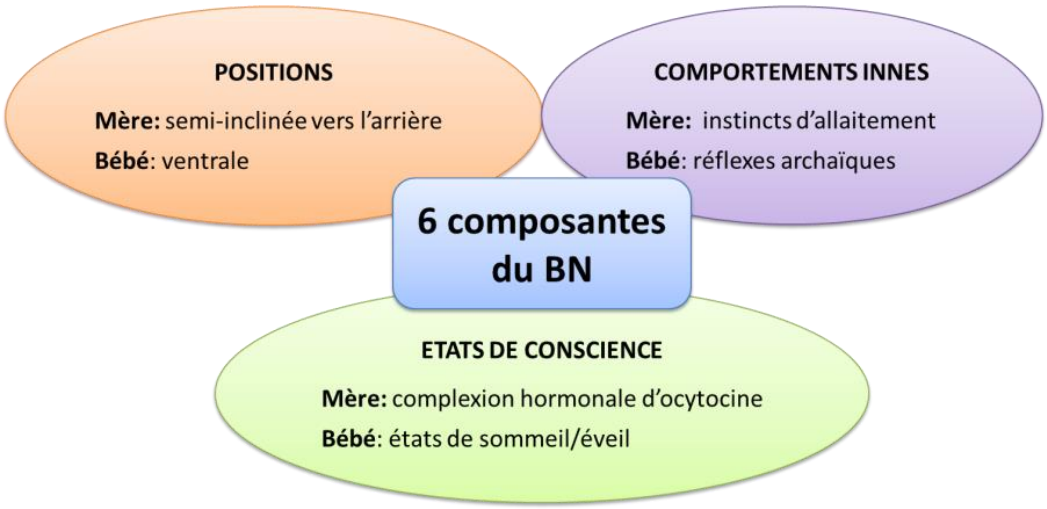


Figure 13: Les 6 composantes du BN (69)

Positions

La position ventrale du nouveau-né permet la stimulation continue de la zone du nombril, point de départ de toute chose pour le fœtus durant sa vie prénatale (Photo 3). En effet, le nombril est, par définition, la zone d'attache du cordon ombilical qui, durant la vie fœtale, nourrit, oxygène et relie le fœtus à sa mère ; tout ceci en continu. C'est également à partir de ce point que le fœtus va esquisser ses premiers mouvements. En d'autres termes, le nombril est le point de repère du nouveau-né, sa source universelle.

La position semi-inclinée de la mère lui apporte avant tout confort, détente et un meilleur accueil de son bébé (Photo 3). Les effets plus détaillés de la position semi-inclinée de la mère sont explicités en partie 0.

Complexion hormonale (69)

La complexion hormonale est un terme ombrelle inventé par Suzanne Colson pour résumer les effets comportementaux et les mécanismes induits chez la mère par l'ocytocine et la prolactine (72). La complexion hormonale est déclenchée par le changement de posture de la mère et son effet comportemental chez la mère reflète directement l'état de conscience de son bébé. Les effets comportementaux de l'ocytocine transparaissent :

- sur le visage de la mère, au niveau des yeux (mi-clos, yeux brillants), des joues (rosées, lumineuses), de la bouche (semi-ouverte, mâchoire relâchée, demi-sourire), du front (non-plissé).
- par le tonus musculaire avec l'absence de tension, une souplesse particulièrement au niveau du cou et des épaules.
- par les effets mécaniques de l'ocytocine tels que l'érection des mamelons, la soif, perles de lait au niveau du mamelon qui n'est pas tété.

La pulsatilité d'ocytocine est d'autant plus réduite que l'environnement de la mère est bruyant, lumineux, froid, stressant, si on la guide ou lui enseigne l'allaitement, si on l'observe de près ou qu'elle est sujette aux commentaires négatifs (69). La complexion hormonale d'ocytocine va de pair avec le déclenchement des comportements maternels innés.

Comportements maternels innés

Les comportements innés d'allaitement chez la mère sont à la base de l'allaitement instinctif. Ils sont déclenchés par la posture semi-inclinée de la mère et son directement les témoins d'une pulsatilité élevée d'ocytocine. Les comportements maternels innés décrits par Suzanne Colson sont les suivants :

- Le voilage
- Le placement du bébé en BN
- Le regard bienveillant
- La nidification
- La stimulation du nerf trijumeau
- Le croisement des yeux
- L'imitation

Photo 3: Maman allaitant en BN, en position semi-inclinée vers l'arrière, son corps ouvert peut accueillir son bébé reposant en appui ventral sur elle (source : mamanlune.com)

Ces comportements maternels instinctifs entretiennent la pulsatilité élevée d'ocytocine chez la mère qui lui apporte, bien-être, détente, attachement et amour pour son bébé et entraine des comportements maternels instinctifs de maternage et d'allaitement spontanés.

Etat de conscience (69)

L'état de conscience, également appelé état de vigilance, correspond au degré de veille du nouveau-né qui va du sommeil profond aux pleurs. Les états de conscience sont au nombre de 6 et peuvent être classés en 2 catégories : les états de sommeil et les états d'éveil (Tableau XV). Ils découlent directement de ceux qu'il avait durant sa vie fœtale.

Le fœtus dort environ 18h sur 24h. Ses états de sommeil se différencient peu à peu à partir de la 28è semaine de gestation pour réellement s'organiser entre des phases de repos et des phases actives (mouvements) vers la 36è semaine et aboutir à 3 états qui sont : le sommeil profond, le sommeil paradoxal et la somnolence. Un cycle de sommeil dure environ 40 minutes au cours duquel le fœtus passe très rapidement d'un état de sommeil à l'autre, si rapidement qu'il est la plupart du temps dans un état de sommeil de transition, qualifié de sommeil indéterminé.

Le sommeil paradoxal apparait entre la 28è et 30è semaines de gestation et prédomine chez le fœtus. Il est également appelé « sommeil éveillé » car il est caractérisé par une activité cérébrale similaire à celle des états d'éveil. Cela en fait un état de sommeil associé à l'apprentissage.

Le sommeil profond n'émerge que vers la 36è semaine de grossesse, c'est-à-dire peu avant la naissance.

À la naissance, le nouveau-né garde exactement le même schéma en matière de sommeil que durant sa vie fœtale. Ainsi, dort-il également 18h/jour, majoritairement en sommeil paradoxal, avec des cycles compris entre 20 et 50 minutes. La durée du sommeil profond (calme), augmente progressivement tout au long de la 1ère année de vie. En conséquence, les périodes d'éveil calme sont naturellement de très courtes durées après la naissance.

Tableau XV: Les états de vigilance du nouveau-né

	SOMMEIL			**EVEIL**		
	Profond	**Paradoxal**	**Somnolence**	**Alerte**	**Agitation**	**Pleurs**
Caractéristique	Calme.	Agité, léger Eventuel passage en sommeil profond ou somnolence	Indéterminé	Calme	Agité	Agité
Proportion à la naissance	**Majoritaire**			**Minoritaire**		
	Minoritaire	**18h/24**	Transition			
Evolution au cours de la 1ère année	**Augmente**	Diminue	Diminue	**Augmente**		
Comportement du nouveau-né	Endormi profondément sans réaction aux stimuli externes.	Emet des petits bruits de plaintes ou des pleurs.	Etat de transition entre le sommeil et l'éveil : peut se rendormir ou poursuivre vers un état d'éveil.	Eveillé, calme et disponible pour interagir.	S'agite mais ne pleure pas.	Très agité et pleure.

Les états de conscience sont importants à connaître et à détecter pour la maman car tous ne sont pas propices au démarrage de l'allaitement (Tableau XVI). En sommeil profond, le nouveau-né ne sera pas assez actif pour téter. En éveil agité ou en pleurs, il sera, au contraire, en hyperactivité motrices et émotionnelle, ce qui rendra la mise au sein difficile.

Les états idéaux pour démarrer l'allaitement, en particulier lors des premières 72h après la naissance, sont les états de sommeil paradoxal et de somnolence ainsi que l'état d'éveil calme. Les états de sommeil paradoxal et de somnolence sont particulièrement appropriés pour les tétées en journée et lorsque des problèmes sont rencontrés tels que les mamelons douloureux pour la maman ou des difficultés de prise du sein pour le bébé.

Tableau XVI: Etats de conscience du nouveau-né et démarrage de l'allaitement

	SOMMEIL			EVEIL		
	Profond	Paradoxal	Somnolence	Alerte	Agitation	Pleurs
Démarrage de l'allaitement	NON	OPTIMAL	OPTIMAL	OPTIMAL	NON	NON

Ces 6 composantes interagissent en synergie pour déclencher à la fois les instincts maternels et les réflexes archaïques du nouveau-né ; ces deux éléments favorisant l'allaitement.

Réflexes archaïques du nouveau-né (69,73)

Les réflexes archaïques ou primitifs du nouveau-né sont une dénomination générale se rapportant à un ensemble de réflexes innés, à des comportements et à des réactions spontanés, déclenchés en réponse un ou plusieurs stimuli endogènes ou environnementaux. Ces réflexes se développent durant la vie fœtale et sont retrouvés chez tous les nouveau-nés en bonne santé à la naissance. Par exemple, le mouvement de succion apparaît in-utero dès la fin du 1er trimestre de grossesse. Le fœtus suce et déglutit le liquide amniotique spontanément de la même manière qu'il sucera le sein de sa mère une fois né. Ainsi ces réflexes jouent-ils un rôle important dans l'allaitement. Actuellement, 20 réflexes archaïques ont été identifiés. Ils peuvent être classés selon leur type et leur fonction vis-à-vis de l'allaitement. Quatre types de réflexes moteurs existent, à savoir les réflexes endogènes, antigravitaires, les réflexes de déplacement et rythmiques. L'ensemble de ces réflexes peut avoir 6 fonctions en rapport avec l'allaitement : ils aident le bébé à chercher, trouver et s'accrocher au sein, à transférer le lait, à entretenir la sécrétion lactée et à se maintenir en place (Tableau XVII et annexe 2).

Tableau XVII: Principaux réflexes archaïques, types et fonctions

Type	Réflexes	Fonctions
Moteur endogène	Main à la bouche	Signaler
	Extension & flexion des doigts[b]	
	Ouverture bouche Mouvements de langue	
	Pédalage bras & jambes	
	Flexion pieds & mains	
Moteur antigravitaire	Tête : soulèvement, redressement, hochement, fouissement	Chercher et prendre le sein
Moteur de déplacement	Agrippements[a] (palmaire & plantaire)	Chercher et trouver le sein
	Réflexe de Babinski[a]	

Type	Réflexes	Fonctions
	Marche/Reptation	
Moteur rythmé	Succion[b]/Déglutition	Transfert du lait

a: réflexes permettant également au nouveau-né de se maintenir en place ; b : réflexes permettant également au nouveau-né d'entretenir la sécrétion lactée

III.3.1.4 Mécanismes du Biological Nurturing

Plusieurs aspects sont impliqués dans les mécanismes du BN, le principal étant la posture semi-inclinée vers l'arrière de la maman qui déclenche un ensemble de dynamiques chez elle et son bébé favorisant l'allaitement (69).

La posture semi-inclinée vers l'arrière de la mère *ouvre son corps instantanément et ainsi élimine totalement l'espace ou l'angle entre son corps et le torse de son bébé.* Cette posture augmente la surface corporelle offerte au nouveau-né maximisant ainsi le contact ventral avec sa maman (73). Cela lui permet de retrouver instinctivement sa position fœtale avec une orientation et un degré de flexion qui lui sont propres (Photo 4 et Photo 5). La mère place instinctivement son bébé autrement : il passe d'une position transversale à une position longitudinale ou oblique. De plus, le mamelon étant circulaire (360°) plus de 270 positions s'offrent au nouveau-né pour téter.

En résumé, l'ensemble de ces dynamiques, déclenchées simplement par l'inclinaison de la mère vers l'arrière, augmente immédiatement et considérablement l'espace de manœuvrabilité pour le nouveau-né. qui adoptera instinctivement une position familière lui rappelant sa vie fœtale (69,71–73).

Photo 4: Maman allaitant en BN avec son bébé en position ventrale oblique

Photo 5: Maman allaitant en BN, assise légèrement inclinée vers l'arrière

La gravité *aide le bébé à maintenir la position ventrale sur sa mère et exerce ainsi une pression continue stimulant le nombril,* zone d'attachement entre la mère et le fœtus durant toute sa vie intra-utérine, ce qui déclenche des mouvements de va-et-vient partant du nombril vers les membres, en particulier des mouvements de locomotion (69,73).

Les mouvements *de va-et-vient du nouveau-né entrainent des frictions corporelles entre lui et sa mère, sources de stimuli qui favorisent l'allaitement*. L'amplitude et l'intensité des réflexes archaïques sont réduites ce qui leur permet de jouer un rôle moteur dans l'allaitement au lieu de faire obstacle à celui-ci lorsque le bébé ne repose pas ventralement sur sa mère. Contrairement aux

position d'allaitement classique, le seul mouvement que le nourrisson fait en devant lutter contre la gravité est de redresser la tête (69,73).

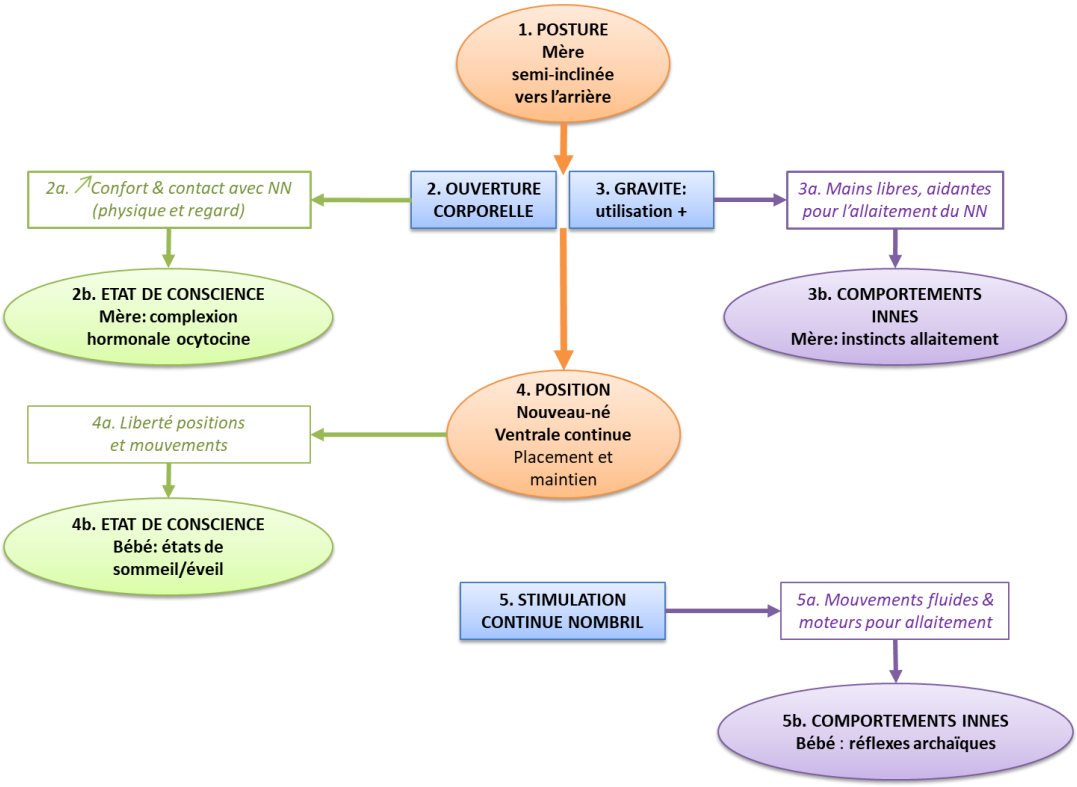


Figure 14: Synthèse des composantes et des mécanismes du BN

La posture de la mère inclinée vers l'arrière est l'élément déclencheur d'un ensemble de mécanismes opérant chez elle et chez le nouveau-né aboutissant à l'expression des autres composantes du BN. Elle permet la position ventrale du nouveau-né qui lui donne une liberté de mouvements et de positions et qui lui permet d'exprimer ses réflexes innés favorablement envers l'allaitement. Chez la mère, la posture semi-inclinée vers l'arrière lui apporte confort et liberté entrainant l'expression de ses comportements maternels instinctifs d'allaitement et une pulsatilité élevée d'ocytocine.

III.3.1.5 Conséquences positives du Biological Nurturing pour la maman et son bébé

Le BN, de par un éventail de postures semi-inclinées de la mère et de positions du nouveau-né, permet à la fois l'expression libre des comportements maternels innés et des réflexes archaïques du nouveau-né stimulant l'allaitement.

Mère

La posture BN apporte confort et détente à la maman, favorisant la pulsatilité d'ocytocine et donc l'expression des comportements maternels innés stimulant l'allaitement. D'un point de vue pratique, la posture rend les mains de la maman partiellement voire totalement libres lui permettant de caresser, d'effleurer son bébé à sa guise et surtout de l'aider à attraper le mamelon ou à le repositionner aisément.

La maman se sent alors pleinement actrice et autonome dans son allaitement et, par-conséquent, grandit en sa propre confiance.

Nouveau-né

Dans les premières heures après la naissance, le BN favorise l'homéostasie du nouveau-né : il diminue le risque d'hypoglycémie et d'hypothermie et favorise sa transition métabolique glucidique vers lipidique via les corps cétoniques. De façon générale, le nouveau-né materné en BN ne subit aucune pression sur le dos, la tête ou la nuque, ce qui lui apporte confort et réduit ses efforts pour lutter contre ses réflexes. Le nouveau-né économise donc de l'énergie (74).

Le BN favorise la prise du sein dans les états de sommeil du nourrisson ce qui a pour conséquence directe d'augmenter la fréquence des tétées et donc accélère l'apprentissage précoce du bébé pour attraper le sein et coordonner la succion, la déglutition et la respiration. En outre, le nouveau-né mémorise mieux quand il est endormi. Enfin, les tétées fréquentes rendues possibles par un nouveau-né placé à « la bonne adresse » permettent d'assurer une transition optimale en ce qui concerne le rythme d'alimentation du nouveau-né entre sa vie intra- et extra-utérine. En effet, le fœtus nourri passivement et en continu par le cordon ombilical, doit, à sa naissance, évoluer vers une alimentation par voie orale, active et fragmentée.

Le BN permet une d'assurer une transition optimale au nouveau-né pour s'adapter à son nouvel environnement. *« Le BN semble faire de l'allaitement une relation à double sens, caractérisée par confort et réciprocité »* entre la mère et son bébé (69).

BN et réflexes archaïques du nouveau-né (73)

Une étude menée sur 40 dyades mère/bébés, tous allaités et en bonne santé a montré que le BN favorise l'expression des réflexes archaïques qui stimulent l'allaitement. L'étude a eu lieu en Angleterre et à Paris entre Janvier 2003 et Juin 2004 et visait à explorer la contribution des réflexes archaïques du nouveau-né vis-à-vis de l'allaitement ainsi que de comparer les réflexes observés en BN à ceux observés dans d'autres positions d'allaitement.

Les mamans et leur bébé ont été filmés une fois lors d'une session d'allaitement au cours du 1er mois après la naissance, chez eux ou à l'hôpital. Les mères avaient ensuite une visite de suivi au cours de laquelle elles ont visionné la vidéo et ont partagé leur expérience. La durée d'allaitement a également été recueillie à cette occasion.

Sur les 40 mères, 21 ont allaité complètement droite dans une position autre que le BN, 2 dans une position partiellement en BN (1 allongée sur le côté et 1 allongée à plat sur le dos) et 17 en posture BN totale (=semi-inclinée).

Le nombre moyen de réflexes archaïques observés chez les nouveau-nés des mères allaitant en BN est significativement plus importants que chez les nouveau-nés des mères allaitant en BN partiel et en non-BN (15,9 vs 11,6 ; $p<0,0005$) suggérant que les interactions entre la mère et son bébé en BN sont associés à l'expression des réflexes archaïques stimulant et aidant l'allaitement.

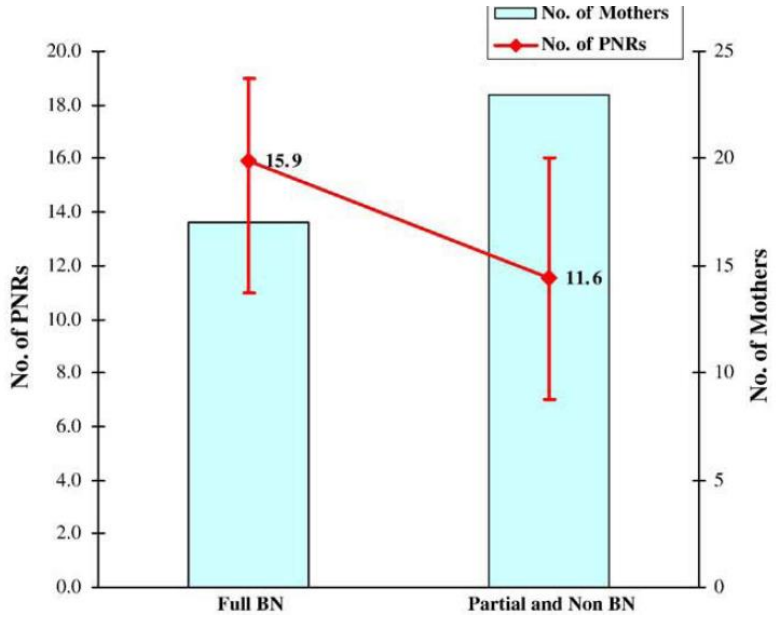


Figure 15: Posture maternelle et réflexes archaïques du nouveau-né

Cette étude est la première démontrant objectivement le déclenchement des réflexes archaïques et les comportements maternels innés par l'interaction des mères en postures BN et leur nouveau-né en position néo-natale. Elle soulève pour la première fois deux suggestions intéressantes et novatrices :

- Le nouveau-né se nourrit mieux s'il est en contact ventral continue et en appui constant sur ses 4 membres.
- L'initiation de l'allaitement est innée à la fois pour la mère et son bébé et, par-conséquent, que l'allaitement ne s'apprend pas. Ceci vient bousculer les pratiques actuelles d'accompagnement à l'allaitement en maternité au sein desquelles l'enseignement est central.

Le BN permet à la mère et à son bébé d'être tous deux acteurs et maîtres de leur allaitement.

III.3.2 Synthèse et comparaisons de l'allaitement en Biological Nurturing avec les pratiques actuelles d'allaitement

L'allaitement en BN propose une approche très différente de celle actuellement véhiculée par les professionnels. Cette partie vise à comparer les deux approches sur des aspects clés pour l'allaitement.

III.3.2.1 Biological Nurturing et pratiques actuelles d'allaitement : comparaison de la continuité entre vie fœtale et vie extra-utérine

L'allaitement en BN permet d'assurer une continuité maximale entre les vies fœtale et néo-natale, contrairement l'allaitement tel que préconisé actuellement (Tableau XVIII).

Tableau XVIII: Comparaison de différents paramètres de l'environnement du nouveau-né lors de sa vie fœtale avec ceux qu'il rencontre s'il est allaité en BN ou en position classique.

L'allaitement en BN permet d'assurer une continuité entre la vie fœtale et la vie extra-utérine contrairement à l'allaitement selon les pratiques actuelles qui est plutôt synonyme de discontinuité. Le BN facilite ainsi l'adaptation du nouveau-né à son nouvel environnement

In-utero	Allaitement en BN	Pratiques actuelles d'allaitement
Contact corporel **Permanent** **Sans vide** **Aucune zone de pression** **Apesanteur**	**Contact corporel** Continu Sans vide Aucune zone de pression Pesanteur provoque contact	**Contact corporel** Discontinu Vide Zones de pression multiples Pesanteur obstacle au contact
Position fœtale **Verticale** **Orientation fœtale** **Flexion**	**Position du NN** Verticale (360°) Orientation fœtale Flexion	**Position du NN** (madone) Horizontale Transversale Extension
Lien physique **Permanent** par le cordon ombilical	**Lien physique** Permanent mère et père en relai	**Lien physique** Discontinue au moment des tétées
Alimentation **Passive** **Continue** **En état de sommeil**	**Alimentation** Active Rythmée par réflexes du NN En état de sommeil	**Alimentation** Active Fractionnée toutes les 3h En état d'éveil
Succion/déglutition **Réflexe** **Pas nutritive**	**Succion/déglutition** Réflexe Besoin à satisfaire et nutritive	**Succion/déglutition** Volontaire Nutritive uniquement

III.3.2.2 Biological Nurturing et pratiques actuelles d'allaitement : comparaison des postures et positions

Le BN apporte confort à la mère et son bébé lors de l'allaitement et permet à tous deux d'exprimer leurs comportements innés favorisant l'allaitement. La comparaison des positions de la mère et du bébé ainsi que des comportements innés entre l'allaitement en BN et selon les pratiques actuelles met en exergue des différences notables (Tableau XIX et Tableau XX).

Postures et positions de la mère

Tableau XIX: Comparaison des postures de la maman allaitant en BN et selon les pratiques actuelles

POSTURES/POSITIONS DE LA MERE DURANT L'ALLAITEMENT (72)	
Allaitement en BN	Allaitement selon les pratiques actuelles
Assise semi-inclinée vers l'arrière	Assise verticalement ou allongée sur le côté
Chaque corps maternel étant différent, **il n'existe pas une ou un nombre restreint de postures** qui satisferont les mamans pour allaiter.	**4 positions d'allaitement** (madone, madone inversée, ballon de rugby et allongée sur le côté). Si l'on exclut la position allongée, ces positions se rapportent exclusivement au nouveau-né et pas à la maman qui reste dans **une seule et unique position** : assise, droite.
Les mamans trouvent facilement et seules la posture qui correspond à leurs besoins et leur confort (sans aucun conseil).	Les mamans se voient **enseignées comment bien se positionner et positionner leur bébé** au sein avec des repères bien précis caractérisant la position correcte.

POSTURES/POSITIONS DE LA MERE DURANT L'ALLAITEMENT (72)	
Allaitement en BN	Allaitement selon les pratiques actuelles
La posture **va évoluer** tout au long de la période d'allaitement voire même entre deux tétées.	La **position** d'allaitement **adoptée** par le couple mère/bébé, une fois **acquise**, **n'évolue pas** ou peu au cours de l'allaitement.
Adossée, **soutien intégral** du corps : tête, épaules, cou, dos et jambes	Tête, épaules et cou **non soutenus**.
Croisement du regard sans effort et mains libres, la maman exprime spontanément ses comportements maternels instinctifs d'allaitement	La mère doit incliner sa tête pour croiser le regard de son bébé ➔ expression des instincts maternels étouffée
Au moins une **main libre**, voire les 2 pour accueillir son bébé, le caresser, l'aider dans la prise du sein	**Mains et bras mobilisés** pour tenir le bébé et/ou le sein

Postures et position du nouveau-né

Tableau XX: Comparaison des positions et des réflexes du nouveau-né allaité en BN et selon les pratiques actuelles

POSITIONS ET REFLEXES DU BEBE LORS DE L'ALLAITEMENT (72)	
Allaitement en BN	Allaitement selon les pratiques actuelles
Contact ventral continu sans espace entre les 2 corps	Contact ventral discontinue Placé perpendiculairement (mère assise) ou parallèlement (mère allongée sur le côté) au torse de sa mère. Espace entre corps de la mère et du bébé.
Le visage du bébé se situe à proximité du sein. Le bébé attrape le sein spontanément selon l'angle qui lui convient.	La tête du bébé est placée de telle sorte que le nez de celui-ci soit en face du mamelon. L'objectif étant que le mamelon frôle la lèvre supérieure du bébé afin qu'il ouvre grand la bouche.
Aucune partie du corps du bébé n'est dans le vide. Appuis sur le corps de la mère ou un coussin, matelas etc…	Jambes et pieds souvent dans le vide, sans contact avec le corps maternel
Utilisation positive de la pesanteur, elle colle le bébé sur sa mère : torse et abdomen de la mère soutiennent le bébé. Pas de pression dorsale	Pression forte sur le dos exercée par la mère mais nécessaire pour contrecarrer la pesanteur et le maintenir proche du sein
Les coussins ne soutiennent pas le bébé puisque le bébé est posé entièrement sur le corps de sa maman. En revanche, ils sont utiles au soutien du corps de la maman (jambes, bras, dos ou cou).	Les coussins permettent de soutenir le bébé et de le maintenir dans une position correcte tout en soulageant la maman.
Durant le séjour à la maternité, le nouveau-né passe la majorité de son temps sur sa maman en posture BN.	Durant le séjour à la maternité, le nouveau-né passe la majorité de son temps dans son berceau.
Durant les premières 24h de vie, la priorité est donnée au confort du bébé et de sa maman, au temps de câlins passé l'un contre l'autre en posture	Durant les premières 24h de vie, la priorité est donnée à l'enseignement des techniques d'allaitement auprès de la maman afin d'assurer un allaitement efficace.

POSITIONS ET REFLEXES DU BEBE LORS DE L'ALLAITEMENT (72)	
Allaitement en BN	Allaitement selon les pratiques actuelles
BN et tout simplement, à la joie de se découvrir l'un l'autre.	
REFLEXES ARCHAÏQUES DU NOUVEAU-NE	
Stimulent et/ou aident le bébé à prendre le sein facilement et efficacement	Entravent la prise du sein et entrainent une forme de lutte ou un refus du sein.

III.3.2.3 Biological Nurturing et pratiques actuelles d'allaitement : états de conscience du nouveau-né propices à l'allaitement

En BN, les états de sommeil du nouveau-né sont les moments les plus propices pour démarrer l'allaitement. Il s'agit là d'une grande différence entre l'allaitement en BN et l'allaitement pratiqué actuellement (Tableau XXI). Il est important de souligner que les mères ne dorment pas pendant la pratique du BN. Bien qu'elles soient souvent dans un état de relâchement total, elles restent éveillées et pleinement en mesure d'assurer la sécurité de leur bébé.

Le nouveau-né dormant 75% du temps durant ses premières semaines de vie, le BN permet naturellement d'augmenter le nombre de moments possibles d'allaitement. Ceci apporte flexibilité à la maman, augmente naturellement les fréquences des tétées et favorise donc la stimulation de la lactation chez la mère, l'apprentissage et le bon développement chez le bébé.

Tableau XXI: Conduites d'allaitement en BN et selon les pratiques actuelles concernant les états de vigilance du nouveau-né.

DEMARRAGE ALLAITEMENT	SOMMEIL			EVEIL		
	Profond	Paradoxal	Somnolence	Alerte	Agitation	Pleurs
BN	NON	**OPTIMAL**	**OPTIMAL**	**OPTIMAL**	NON	NON
Allaitement : pratiques actuelles	NON	NON	NON	**OPTIMAL**	NON	NON

D'après les pratiques actuelles d'allaitement, aucun des 3 états de sommeil n'est propice à l'allaitement, et parmi les états d'éveil, seul l'état d'éveil calme, qui est, pour rappel, de très courte durée chez le nouveau-né, rend possibles les tétées. Il est donc conseillé aux mères d'allaiter leur bébé sur une fenêtre de temps très courte ou de stimuler leur bébé endormi pour l'amener à cet état d'éveil calme.

En résumé, l'allaitement en BN présente des approches très différentes avec les pratiques actuelles d'allaitement. En effet, en BN :

- La mère est placée au centre de l'allaitement et non le bébé.
- La mère et son bébé sont tous deux acteurs de l'allaitement
- La mère n'est pas là uniquement pour soutenir son bébé et l'empêcher de tomber : elle aide son bébé à téter.
- Les compétences du nouveau-né pour l'allaitement ne suffisent pas pour une initiation optimale : le bébé a besoin de l'aide de sa mère.

Le BN s'inscrit pleinement dans l'approche « bottom-up » en matière de soins (prévention quaternaire) se différenciant ainsi des pratiques actuelles d'allaitement qui, quant à elles, s'apparentent plutôt à l'approche « top-down ».

III.3.3 Biological Nurturing et dépression post-natale

Après avoir présenté l'approche BN et ses conséquences positives pour la maman et son bébé en matière d'allaitement, il est logique de se demander en quoi le BN pourrait être considéré comme une approche intéressante vis-à-vis de la DPN. Plusieurs axes de l'intérêt potentiel du BN pour les mères à risque ou atteintes de DPN sont détaillés dans les sous-parties suivantes. Les données utilisées s'appuient principalement sur cinq publications disponibles à ce jour :

- l'étude randomisée de Milinco *et al*., publiée en 2020 (70).
- la méta-analyse de Wang *et al*., publiée en 2021 (75).
- l'étude de cas de Rosin, publiée en 2019 (76).
- L'étude exploratoire de Colson, publiée en 2003 (77).
- L'étude doctorale de Colson, publiée en 2008 (73).

III.3.3.1 Biological Nurturing et complications de l'allaitement

Au cours de l'année 2018, la première étude randomisée sur l'efficacité de l'approche BN a été menée par Milinco *et al*. sur 208 femmes venant d'accoucher dans une maternité de Trieste, en Italie, et suivies durant 120 jours (70). Elle visait à évaluer l'efficacité du BN sur la fréquence des complications les plus couramment rencontrées lors de l'initiation de l'allaitement durant le séjour à la maternité, à savoir douleurs aux mamelons, crevasses, engorgements et mastites, en comparaison avec l'accompagnement de l'allaitement pratiqué habituellement dans l'établissement.
Les données ont toutes été collectées par un appel téléphonique réalisé à la sortie de l'hôpital, à 7 jours, 30 jours et 120 jours après la sortie.

Les résultats montrent qu'à leur sortie de maternité, les mamans ayant reçu l'accompagnement de leur allaitement en approche BN avaient significativement moins de risque de rencontrer des complications mammaires (RR 0.56 ; CI 95% [0.40 ; 0.79]), en particulier des douleurs aux mamelons (RR 0.59 [0.40 ; 0.88]) ainsi que des crevasses (RR 0.42 ; CI 95% [0.24 ; 0.74]) comparées aux mamans ayant reçu l'accompagnement classique (Tableau XXII).
Cette réduction significative du risque de complications pour les mamans ayant eu un accompagnement BN a été confirmée au terme des 120 jours de suivi comparée aux mamans ayant reçu l'accompagnement standard (RR 0.51 ; CI 95% [0.28 ; 0.95]).

Tableau XXII: Résultats de l'analyse en "Intention de traiter" pour les complications mammaires, les crevasses et les mamelons douloureux (35).

	Groupe BN		Groupe standard		Ratio de risque CI 95%
	N	Evénements	N	Evénements	
Complications mammaires					
à la sortie de maternité	90	30	98	58	**0,56 [0,40;0,79]**
à 120 jrs	85	12	94	26	**0,51 [0,28;0,95]**
Crevasses					
à la sortie de maternité	90	13	98	34	**0,42 [0,24;0,74]**
à 120 jrs	85	2	94	7	0,32 [0,07;1,48]
Douleurs aux mamelons					
à la sortie de maternité	90	25	98	46	**0,59 [0,40;0,88]**
à 120 jrs	85	7	94	16	0,48 [0,21;1,12]

Le fait que le BN facilite le démarrage de l'allaitement et sa mise en place dans les premières semaines en réduisant les complications rencontrées fréquemment par les mamans ainsi que les taux d'allaitement exclusif du groupe BN de cette étude laissent à penser que l'approche BN permettrait d'augmenter les taux d'allaitement exclusif à long terme, comme le recommande l'OMS.
A ce jour, aucune étude n'a encore été réalisée pour confirmer cette hypothèse.

Les résultats de la première étude randomisée publiée par Milinco et al. ont été récemment confirmés par une méta-analyse publiée en 2021 par Wang et al. Elle inclut 12 études (n=1936 dyades mère-enfant), dont 11 études randomisées, elles-mêmes publiées entre 2017 et 2019 (Tableau XXIII).

Tableau XXIII: Réduction du risque de complications de l'allaitement entre les groupes BN et les groupes et les groupes contrôle.

Complications	Groupes tests	Groupes contrôles	RR [IC95%]
Douleurs mamelons	N=465	N=461	
	64	254	0.24 [0.14 ; 0.40]
Blessures mamelons	N=637	N=637	0.47 [0.29 ; 0.75]
	143	245	
Prise correcte du sein	N=228	N=224	1.22 [1.11 ; 1.33]
	204	165	

Wang *et al.* ont montré que le BN réduisait de façon significative le risque de douleurs (RR=0.24 ; IC95% [0.14 ; 0.40] ; p<0.00001) et de blessures aux mamelons (RR=0.47 ; IC95% [0.29 ;0.75] ; p<0.002) et qu'il favorisait une meilleure prise du sein en comparaison aux positions d'allaitement classiques (RR=1.22 ; IC95% [1.11 ; 1.33] ; p<0.0001) (75).

Une analyse détaillée des articles sources de cette méta-analyse a été impossible en raison de l'indisponibilité des articles en langue anglaise. Néanmoins, grâce à une prise de contact avec Wang, attaché à la School of Medicine, University of Electronic Science and Technology of China, les articles originaux utilisés pour la méta-analyse m'ont été envoyés et il s'avère que deux d'entre-eux

possèdent un abstract en anglais fournissant quelques données. Il s'agit des articles de Liu Hai-Xai (78) et de Zeng Liling (79), tous deux parus en 2019. D'après ces deux abstracts, les résultats de ces deux études randomisées confirment la diminution des douleurs aux mamelons ou des crevasses chez les mamans allaitant en posture BN.

En conclusion, le BN diminue les complications liées au démarrage de l'allaitement qui représentent la principale cause d'arrêt précoce de ce dernier. Il serait intéressant de poursuivre la voie ouverte par Milinco *et al.* en réalisant d'autres études solides méthodologiquement.

III.3.3.2 Biological Nurturing, satisfaction maternelle et plaisir d'allaiter

En plus des complications liées à l'allaitement, les études de Liu Hai-Xai et de Zeng Liling ont abordé deux autres aspects intéressants qui sont :

- Le degré de satisfaction maternelle en matière d'allaitement
- Le taux de compliance à l'allaitement ou simplement le taux d'allaitement

Etude de Liu Hai-Xai (78)

L'étude randomisée a été réalisée dans une maternité de Shenzen, en Chine, entre 2018 et 2019, sur 98 mères ayant leurs visites en post-partum à 1, 2 et 4 semaines.

Liu *et al*. ont mis en évidence que le taux de satisfaction des mères ayant allaité en posture BN était significativement plus élevé comparé au taux de satisfaction des mères ayant allaité en positions classiques (97.96% vs 87.76%, p<0.005).

Tableau XXIV: Taux de satisfaction des mères en matière d'allaitement à 4 semaines post-partum (74)

Taux de satisfaction des mères % (n)			
Groupe	**N=**	**4 sem.PP***	**P**
BN	49	97.96 (48)	0.0499
Contrôle	49	87.76 (43)	

*PP :post-partum

De même, cette étude a montré que le taux de compliance en matière d'allaitement était significativement plus élevé chez les mères du groupe BN comparé à celui des mères allaitant en positions classiques, et ce à chacune des 3 visites post-partum. En effet, les taux de compliance à 1, 2 et 4 semaines post-partum étaient respectivement de 87.76%,95.92% et 97.96% dans le groupe BN contre 67.35%, 73.47% et 83.67% dans le groupe contrôle (p<0.05) (78).

Tableau XXV: Taux de compliance à l'allaitement à 1, 2 et 4 semaines post-partum (74)

Taux de compliance % (n)				
Groupe	**N=**	**1 sem. PP***	**2 sem.PP***	**4 sem.PP***
BN	49	87.76 (43)	95.92 (47)	97.96 (47)
Contrôle	49	67.35 (33)	73.47 (36)	83.67 (41)
P=		0.015	0.002	0.014

*PP :post-partum

Etude de Zeng Liling (79)

La seconde étude chinoise, publiée par Zeng *et al*, est d'autant plus intéressante qu'elle a été réalisée chez des mères atteintes du syndrome du mamelon triste, encore appelé réflexe d'éjection dysphorique. Il se caractérise par de brusques émotions négatives ressenties par les mères juste avant le réflexe d'éjection du lait. Bien que ce syndrome ne s'apparente aucunement à la dépression post-natale, il peut y être relié par le fait qu'il implique les émotions maternelles.

Ainsi, entre mars 2017 et avril 2018, 120 mères atteintes de ce syndrome ont été sélectionnées et randomisées en 2 groupes : l'un au sein duquel les mères allaitaient en posture BN, l'autre en positions assises classiques. Elles étaient suivies à 1, 3, 5, jours post-partum puis à 1, 2 et 4 semaines post-partum selon les critères d'évaluation.

Le groupe BN a vu son taux d'allaitement significativement plus élevé à 1, 3 et 5 jours post-partum ainsi qu'un score significativement plus bas à 1, 2 et 4 semaines post-partum par-rapport au groupe contrôle ($p<0.05$). Le taux de satisfaction des mères était également significativement plus élevé dans le groupe BN comparé au groupe contrôle (93.33% vs 78.33%, $p<0.05$).

Zeng *et al* de conclure que l'allaitement en posture BN pourrait augmenter le taux d'allaitement chez les mères souffrant du syndrome du mamelon triste et améliorer leur état mental. En d'autres termes, il y aurait des effets positifs à promouvoir l'allaitement chez ses mamans.

De par la barrière de la langue, il est impossible d'évaluer ces deux études d'un point de vue méthodologique. Bien qu'elles puissent être peu robustes, elles ont le mérite de lier le BN avec un aspect subjectif de l'allaitement qui est la satisfaction maternelle que l'on pourrait lui-même extrapoler au plaisir maternel ressenti lors de l'allaitement.

En résumé, le BN, en diminuant les complications, et en augmentant le degré de satisfactions des mères, pourrait augmenter naturellement la durée de l'allaitement et donc faire bénéficier plus longuement la mère et l'enfant des bienfaits de celui-ci.

Etude de cas de Rosin, Allemagne (76)

L'étude de cas, publiée par Rosin en 2019, permet d'étayer l'hypothèse émise ci-dessus et d'illustrer concrètement les aspects de satisfaction maternelle et du plaisir d'allaiter.

1. Les faits et le contexte

Il s'agit d'une maman allemande âgée de 38 ans, mettant au monde son 2è enfant, dans une maternité Amie des Bébés à Berlin. Sa fille est née à terme et en bonne santé. La maman souhaitait l'allaiter exclusivement pendant 6 mois puis poursuivre avec la diversification pour au moins 9 mois. Dix ans auparavant, elle avait eu une mauvaise expérience d'allaitement avec son fils ainé qu'elle avait dû sevrer au bout de 6 semaines, convaincue qu'elle n'avait pas assez de lait pour subvenir aux besoins de son fils. Ceci lui causa beaucoup de frustration, de tristesse et de manque de confiance en elle.

Pour sa fille, l'allaitement a été difficile à mettre en place lors des premières semaines durant lesquelles la maman a rencontré plusieurs complications, à savoir : des crevasses douloureuses avec saignements, des douleurs importantes aux mamelons après les tétées indiquant un vasospasme et un gain insuffisant de poids pour sa fille qui n'avait pas atteint son poids de naissance à 18 jours post-

partum. Tout ceci l'a amené à utiliser des bouts de sein et à complémenter sa fille au biberon, d'abord avec du lait infantile puis avec son propre lait exprimé grâce à un tire-lait électrique entrainant une confusion sein-tétine pour sa fille. Au bout d'une semaine, elle fit appel à une consultante en lactation (IBCLC) qui guida la maman et son bébé vers le BN.

Deux jours après la visite de la consultante, la maman ne tirait plus qu'occasionnellement son lait au profit de l'allaitement directement au sein et dix jours après, elle arrêtait complètement le lait infantile. Suite à l'introduction du BN, aucune autre intervention de la consultante en lactation ou de tout autre professionnel n'a été requise mise à part des échanges à distance par e-mails lui apportant des encouragements réguliers. La maman a ainsi réalisé son souhait d'allaiter exclusivement sa fille pendant 6 mois en poursuivant jusqu'à ses 9 mois en parallèle de la diversification.

2. Les ressentis de la maman

La maman a éprouvé un profond soulagement de pouvoir arrêter les biberons, de pouvoir allaiter sans douleur et sans aucun équipement (tire-lait, bouts de sein).

Elle a compris que son enfant avait toutes les compétences pour se nourrir et qu'elle-même était capable de subvenir totalement à ses besoins en produisant la quantité de lait suffisante. Ceci a été rendu possible par les états de relâchement et de relaxation ressentis par la maman lorsqu'elle allaitait en posture BN.

Les ressentis de la maman par-rapport au BN transparaissent au travers de ses mots échangés lors de ses correspondances avec la consultante en lactation dont certains sont repris dans les deux citations suivantes :

- *« Nous nous nichions l'une avec l'autre et apprécions ce moment agréable blotties l'une contre l'autre ».*
- *« Le BN a marqué un tournant dans l'allaitement de ma fille. Cette posture était phénoménale. »*

3. Conclusion de l'auteur

Et Rosin de conclure que *« l'approche BN apporte non seulement confort, relaxation, plaisir d'allaiter à la maman, mais aussi une autonomie en matière de nutrition permettant à la dyade mère/enfant de complètement se prendre en main sans aucune intervention extérieure, et en particulier, celle d'un professionnel de santé* ».

Par cette étude de cas, il apparaît clairement que le plaisir et la satisfaction maternels sont des éléments clés de l'approche BN. Ce plaisir et cette satisfaction étant atteints probablement grâce à l'état hormonal ocytocique résultant du contact étroit et constant entre la maman et son bébé, ainsi que de l'autonomie et donc la confiance ressentie par la maman lors de son allaitement.

III.3.3.3 Biological Nurturing, durée et taux d'allaitement

Une seule étude liant le BN et la durée de l'allaitement a été publiée à ce jour. Il s'agit d'une étude exploratoire réalisée en Angleterre par Suzanne Colson en 1998 et publiée en 2003 (77).

Objectif et population de l'étude

L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets du BN sur l'allaitement dont sa durée.

12 dyades mère/enfants ont été incluses et suivies jusqu'à 6 mois post-partum. Sur les 12 nouveau-nés, 11 étaient prématurés (nés entre 34 et 36 semaines de gestation) et 1 nouveau-né né à terme mais considéré comme petit pour l'âge gestationnel. Durant leur séjour à la maternité, la dyade a été suivie individuellement par une sage-femme.

Recueil des données

Lors du séjour à la maternité, les données concernant l'allaitement ont été principalement recueillies via un journal rempli par la maman dans lequel elle inscrivait les tétées et les comportements de son bébé, en particulier le temps de contact avec sa poitrine et les épisodes de tétées actives (nutritives). Ces données ont été complétées par des informations recueillies lors d'échanges entre les mères et la sage-femme ou encore des notes du personnel de la maternité. *A la sortie de la maternité, le recueil des données a été fait par un questionnaire remis aux mères puis, à 6 semaines et à 4 mois par téléphone* ou en s'appuyant sur les notes prises lors des consultations à l'hôpital par les professionnels ayant reçu les mamans. Neuf mamans sur douze ont commencé le BN dès le jour de la naissance ; les 3 autres l'ont initié le deuxième jour.

Résultats sur le taux d'allaitement (Tableau XXVI)

Tableau XXVI : Taux d'allaitement dans l'étude entre la sortie de la maternité et les 6 mois post-partum comparés aux statistiques nationales du Royaume-Uni (RU) en 1997 et 2002

Taux d'allaitement		
	Etude (n=12)	**Statistiques RU 1997 & 2002**
Sortie maternité	12 (100%)	
6 semaines	11 (92%)	
4 mois	11 (92%) 8 exclusivement (67%)	28% (en 1997) 44% (en 2002)
6 mois	>50%	

Le taux d'allaitement, qui est de 100% à la sortie de la maternité, ne diminue que très peu les 4 premiers mois post-partum pour atteindre 92% dont 67% d'allaitement exclusif.

Bien que cela ne soit pas prévu de suivre les mères au-delà de 4 mois, des données de l'hôpital montrent qu'à 6 mois, plus de la moitié des mères allaitaient encore leur enfant dont 3 exclusivement.

Cette étude exploratoire a été réalisée sur un très petit nombre de dyades mère/enfant et sans analyse statistique. Par-conséquent, elle ne permet pas de démontrer l'impact positif du BN sur la durée de l'allaitement. Néanmoins, les résultats des taux d'allaitement à 4 mois, au regard des statistiques nationales connues à l'époque au Royaume-Uni, laissent une impression très favorable sur l'impact du BN concernant la durée de l'allaitement (92% vs 44%).

Cette étude exploratoire a apporté des résultats encourageants concernant la pratique du BN pour les nouveau-nés dits vulnérables, et, par-conséquent, laisse penser que le BN pourrait être également bénéfique pour les nouveau-nés nés à terme et en bonne santé.

L'étude de Colson sur les réflexes archaïques (73), menée dans le cadre de ses recherches doctorales, vient renforcer les conclusions de son étude exploratoire sur le BN et la durée de

l'allaitement. En effet, sur les 40 mères allaitantes incluses dans l'étude, toutes continuaient d'allaiter à 6 semaines; 2 ont même allaité plus longtemps que ce qu'elles avaient prévu initialement.

L'étude récente de Milinco *et al* (70) présentée précédemment (III.3.3.1) n'a pas montré de différence significative sur le taux d'allaitement exclusif entre le groupe BN et le groupe standard depuis la sortie de maternité (89% vs 86%) jusqu'aux 120 jours de suivi (71% vs 65%). Néanmoins, la collecte de ce paramètre permet de dégager une tendance indiquant des taux d'allaitement plus élevés dans le groupe BN (70).

En conclusion, le BN pourrait agir en faveur d'une augmentation de la durée et du taux d'allaitement et mériterait d'être évalué de façon plus approfondie et sur un plus grand nombre de dyades.

III.3.3.4 Biological Nurturing et l'ocytocine

Aucune étude montrant objectivement que le BN augmenterait la fréquence de la pulsatilité et les taux d'ocytocine endogène chez les mères allaitantes n'a été publiée à ce jour. En revanche, une revue publiée en 2020 par Thul *et al.* (44) a recensé 12 articles publiés entre 2008 et 2018 s'intéressant à la corrélation entre les taux plasmatiques d'ocytocine endogène et les symptômes dépressifs chez les mères.

Huit études sur douze ont conclu à une relation inverse entre les taux plasmatiques d'ocytocine endogène et les symptômes dépressifs, c'est-à-dire qu'un taux bas d'ocytocine plasmatique est associé à des symptômes dépressifs plus importants.

Parmi ces douze études, trois ont publié des résultats spécifiques à l'allaitement en mesurant les taux plasmatiques d'ocytocine endogène avant, pendant et après une tétée (Cox *et al* en 2015 (80) ; Stuebe *et al* en 2013 (80) et Lara-Cinisomo *et al.* en 2018 (81).). Les trois études ont toutes également montré, à leur manière et avec des degrés de significativité variables, une relation inverse entre les taux plasmatiques d'ocytocine endogène et l'intensité des symptômes dépressifs observés chez la mère allaitante (Tableau XXVII).

L'étude de Lara-Cinimoso est particulièrement intéressante puisqu'elle tend à montrer que l'allaitement nivelle les taux d'ocytocine endogène entre les mères déprimées et non-déprimées (82,83) .

Tableau XXVII: Conclusions des 3 études liant ocytocine, dépression et allaitement, incluses dans la revue de Thul et al.

Etude	Effectif	Conclusions
Stuebe 2013 (80)	N=47	• 39 mères allaitantes à 8 semaines post-partum, taux plasmatique d'OT[a] inversement corrélé au score EPDS (p ≤0.01)
Cox 2015 (84)	N=52	• Taux OT[a] mères allaitantes > taux OT[a] mères non-allaitantes • Taux OT[a] durant tétée chez mères allaitantes et déprimées et/ou anxieuses (n=11) < taux OT[a] durant une tétée chez mères allaitantes non-déprimées (n=28) (p<0.05)
Lara-Cinisomo 2017 & 2018 (82,83)	N=28	• À 8 semaines post-partum, taux OT[a] mères déprimées non-allaitantes < taux OT[a] mères non-déprimées n'allaitant pas (p=0.044) • À 8 semaines post-partum, pas de différence significative taux OT[a] entres mères allaitantes déprimées et mères allaitantes non-déprimées.

a : OT : ocytocine plasmatique

L'article le plus récent complétant la revue de Thul *et al.* est paru en 2020. Il s'agit de l'étude de Whitley *et al.* (85) qui vise à quantifier le lien entre la DPN, l'anxiété, l'ocytocine et l'allaitement. L'étude a été menée sur 222 dyades mères/enfants suivies depuis le 3ème trimestre de grossesse jusqu'aux 12 mois post-partum. L'échelle BDI-II a été utilisée pour mesurer la sévérité de la DPN. Les taux plasmatiques d'ocytocine lors d'une tétée ont été dosés à 2 mois (N=145) et à 6 mois (N=127) post-partum (Figure 16).

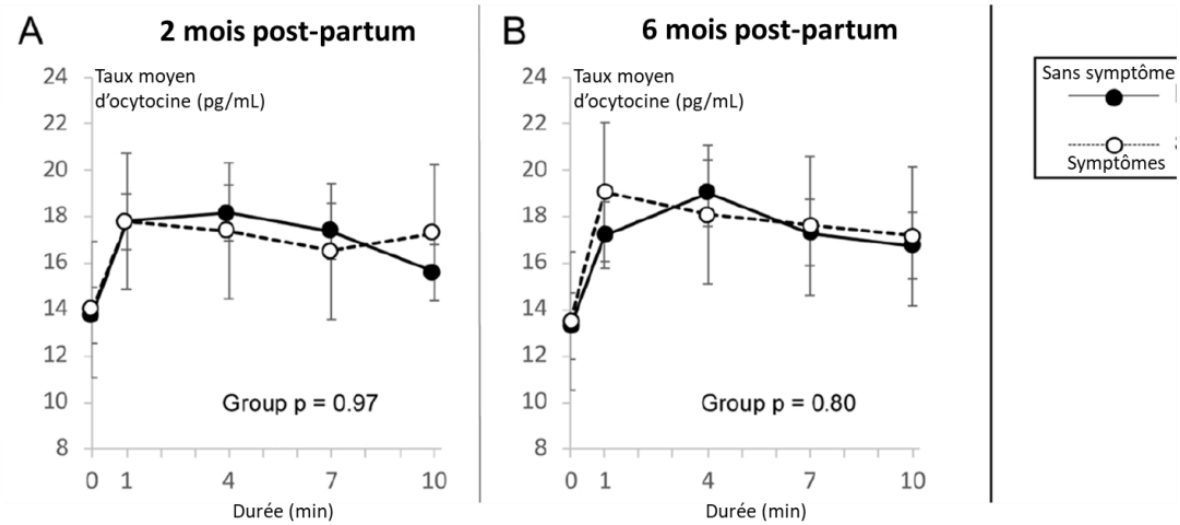


Figure 16: Taux moyens d'ocytocine et leurs intervalles de confiance durant une tétée à 2 et à 6 mois post-partum chez des mères présentant ou non des symptômes de DPN

Les courbes des graphiques A et B montrent bien le profil hormonal de l'ocytocine sécrétée pendant une tétée avec un pic franc en début de tétée puis une diminution progressive jusqu'au prochain pic. Le graphique A met en avant un taux moyen d'ocytocine à 2 mois post-partum légèrement inférieur (mais non statistiquement significatif) chez les mères présentant des symptômes de DPN comparées aux mères asymptomatiques. Le graphique B confirme ces résultats à 6 mois post-partum.

Aucune différence significative n'a été observée sur les taux plasmatiques d'ocytocine durant une tétée à 2 mois et à 6 mois post-partum entre les mères présentant des symptômes dépressifs et celles n'en présentant pas. L'autre point intéressant soulevé dans la discussion est le fait qu'un taux plasmatique d'ocytocine significativement plus élevé a été observé chez les mères allaitantes lors d'une tétée comparée aux mères nourrissant leur bébé au biberon.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en lien avec la théorie de la complexion hormonale d'ocytocine (voir III.3.1.3) développée par Suzanne Colson (69), le BN pourrait, théoriquement, créer un environnement hormonal favorable à la prévention ou à la diminution des symptômes de la DPN. Des études seraient à conduire pour comparer l'impact de l'allaitement en BN sur les taux d'ocytocine endogène et sa pulsatilité entre des mères déprimées allaitant en BN et des mères déprimées allaitant en positions classiques.

III.3.3.5 Biological Nurturing et la joie parentale

L'objectif premier du BN, cité par Suzanne Colson dans son dernier livre, est *« d'accroître la joie [des parents] associée à la naissance d'un bébé »* (69).

Lien avec la mère

Le BN favorise la création du lien mère-enfant dans les premiers jours après la naissance. Par le contact continu, il augmente l'amour maternel, l'attachement et les échanges précoces entre la mère et son enfant (regard). *En BN, la maman joue en rôle central et proactif dans l'allaitement* et, plus généralement, dans le maternage de son enfant ce qui lui permet de révéler ses compétences maternelles innées et par-conséquent, augmente sa confiance en sa capacité à être mère (69). Or, le manque de confiance est un élément clé de la dépression du post-partum.

En d'autres termes, le BN donne confiance et plaisir d'allaiter à la maman qui découvre, de façon autonome, sa manière d'allaiter au lieu que son allaitement lui soit enseigné par les professionnels de santé.

Lien avec le père et son rôle dans le BN

Le papa soutient la maman et la relaye dans le maternage du nouveau-né, dans la même posture, à la seule différence qu'il ne peut allaiter (Photos 6).

Photos 6: Leilana et André, son papa – mai 2021, Pharmacie Marceau Voie Lactée

III.3.3.6 Biological Nurturing et bénéfices pour l'enfant

Par nature, le BN maximise le toucher affectif des parents envers leur bébé. À ce titre, le BN s'inscrit totalement dans les conclusions apportées par l'étude de Hardin *et al* (54) décrite en partie III.2.2 et montrant que l'allaitement pourrait gommer les effets délétères de la DPN maternelle sur le développement neurocomportemental de l'enfant grâce au maintien du toucher affectif réciproque entre la mère et son enfant qui fait défaut en cas de dépression. Par-conséquent, l'étude de Hardin *et al* permet d'envisager le BN comme une excellente approche d'allaitement à évoquer auprès des mères à risque ou atteintes de DPN.

De plus, le BN apporte une sécurisation physique et affective au nouveau-né, offerte par ses parents. Le bébé est, par-conséquent, plus fréquemment apaisé avec moins de pleurs ce qui génère moins de stress chez les mères. À noter qu'en général, la diminution des pleurs réduit le sentiment

des mères atteintes de DPN de ne pas savoir répondre aux besoins de leur bébé et, par-conséquent, leur permet de gagner en confiance quant à leurs compétences maternelles.

III.3.3.7 Biological Nurturing et pistes d'études sur la dépression post-natale

À ce jour, aucune donnée alliant l'allaitement en BN et la DPN n'existe dans la littérature. Néanmoins, au vu des éléments scientifiques actuellement disponibles, il semble tout à fait possible d'émettre l'hypothèse suivante :

L'allaitement en BN pourrait être bénéfique pour prévenir la DPN chez les mères à risque et contrer ses impacts négatifs à la fois chez la mère et chez l'enfant.

Afin de valider cette hypothèse, il serait intéressant de mener des études comparatives randomisées répondant aux questions suivantes :

- Le BN augmente-t-il la durée de l'allaitement et de combien ?
- Le BN réduit-il les effets et la durée de la DPN maternelle ?
- Le BN diminue-t-il les symptômes dépressifs après la naissance chez les mères souffrant de dépression durant la grossesse ?
- Le BN prévient-il la survenue d'une DPN chez les mères à risque ?
- Le BN favorise-t-il le plaisir et la confiance que ressentent les mères vis-à-vis de leur allaitement ?
- Le BN augmente- t-il les taux d'ocytocine chez les mères allaitantes (non-déprimées et déprimées) ?
- Quels sont les mécanismes physiologiques à l'œuvre dans le BN (ex : au niveau cérébral) ?

IV EN PRATIQUE : L'ACCOMPAGNEMENT BIOLOGICAL NURTURING A LA PHARMACIE MARCEAU VOIE LACTEE

Après avoir présenté les aspects théoriques du BN et l'intérêt qu'il pourrait avoir pour les mères à risque ou atteintes de DPN, la quatrième partie expose l'accompagnement des parents selon l'approche BN en s'appuyant sur l'expérience d'une officine unique en son genre (ou presque) : la Pharmacie Marceau Voie Lactée qui est labélisée Pharmacie Amie de l''Allaitement Maternel.

IV.1 Pharmacies Amies de l'Allaitement Maternel

L'initiative Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel (PHAAM) a été créée par l'association nationale italienne « Il Melograno » qui œuvre depuis plus de 30 ans au soutien de l'allaitement maternel auprès de la population. *Les objectifs de ce projet sont de promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel en s'appuyant sur le Pharmacien d'officine* qui présente de nombreux atouts pour y contribuer. De par sa présence en ville, son accessibilité, sa proximité et son statut de professionnel de santé, le Pharmacien peut jouer un rôle central dans le soutien à l'allaitement et plus largement, dans la diffusion de l'information sur l'alimentation des bébés. Il ne s'agit pas de transformer les pharmaciens en spécialistes de l'allaitement mais de diffuser les connaissances de base pour soutenir les parents dans leur projet, savoir répondre à leurs questions et les orienter lorsqu'ils rencontrent des difficultés (86–88).

L'initiative PHAAM est en cours de déploiement sur le territoire français ainsi qu'à l'échelle européenne (Italie, Allemagne, Suisse). En France, 3 pharmacies sont actuellement certifiées, d'autres sont en démarche.

- Pharmacie de la Fontaine à Yenne (Savoie 73) depuis décembre 2015
- Pharmacie de l'Alliance à Grenoble (38) depuis janvier 2017
- **Pharmacie Marceau à Courbevoie (92) depuis octobre 2017**

Figure 17 : affiche reçue par les pharmacies ayant satisfait à la certification PHAAM

Le label (Figure 17) s'obtient par une visite d'évaluation lors de laquelle les services et pratiques de l'officine candidate sont confrontées aux critères énoncés dans la charte de certification (annexe 3). Cette dernière permet de garantir la conformité avec le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS 1981), avec ses résolutions ultérieures et avec la démarche de l'Initiative. Les lignes directrices de la charte sont les suivantes :

- Le personnel doit être informé sur l'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants conformément à la politique nationale du pays et au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- Le personnel doit suivre une formation de base puis continue sur l'allaitement maternel, l'alimentation du jeune enfant et les conseils officinaux pour acquérir les connaissances et compétences nécessaires au soutien des parents.
- Informer les parents de façon adaptée, claire et précise, des bénéfices du lait maternel au regard du lait artificiel tout en sachant accompagner les parents dans la conduite pratique de l'alimentation artificielle.
- Soutenir et encourager les mères à initier et à poursuivre leur allaitement
- Mettre à disposition en espace permettant l'accueil des parents et de leurs enfants.
- Promouvoir l'image de la mère allaitante et éviter la promotion de l'alimentation au biberon
- Ne délivrer des substituts du lait maternel que sur demande spécifique de la mère
- Acheter les substituts du lait maternel sans adhérer aux campagnes promotionnelles et refuser d'offrir aux mères tout cadeau ou gadget promotionnel provenant des fabricants de laits infantiles.
- Promouvoir et faciliter les initiatives et les projets communautaires en réseau avec d'autres acteurs sociaux qui protègent l'allaitement

IV.2 Pharmacie Marceau Voie Lactée : présentation

La Pharmacie Marceau Voie Lactée est localisée à Courbevoie, dans les Hauts-de-Seine (92). Auparavant appelée Pharmacie Marceau, elle a reçu le label Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel en Octobre 2017 sous l'impulsion du Dr Frédéric ROUSSEL (Photo 8). Au fil des années et bien avant même la labellisation de l'officine, le Dr ROUSSEL n'a eu de cesse de développer ses connaissances en matière d'allaitement et d'accompagnement des parents au sein de la pharmacie. Il est fortement impliqué dans l'allaitement maternel en France. Il est à la fois membre du Comité Scientifique de la CoFAM, membre du Comité d'attribution du label IHAB et écoutant SOS Allaitement Ile-de-France. En mars 2020, il s'associe avec le Dr Monia AYADI (Photo 7), qui a connu la pharmacie et le Dr Roussel d'abord en tant que maman lorsqu'elle est venue louer un tire-lait. Depuis lors, la pharmacie a pris le nom de Pharmacie Marceau Voie Lactée.

Photo 7: Dr AYADI et Dr ROUSSEL, Pharmaciens titulaires de la Pharmacie Marceau Voie Lactée

Photo 8: Certification PHAAM de la Pharmacie Marceau Voie Lactée & affichette PHAAM

IV.2.1 Des professionnels

IV.2.1.1 Une équipe

L'équipe compte aujourd'hui 7 personnes dont 5 pharmaciens et une préparatrice, tous formés à l'allaitement et réalisant les entretiens d'accompagnement (Photo 9). Elle est complétée par une aide-ménagère réalisant notamment la désinfection des tire-laits.

Photo 9: L'équipe de la Pharmacie Marceau Voie Lactée à Courbevoie
Monia AYADI, Ophélie BOURGEOIS, Béatrice BARRAUD,
Anaëlle RAMOS DA SILVA, Anne-Lise URBIN, Frédéric ROUSSEL.

IV.2.1.2 Un réseau

Un des engagements de la charte PHAAM est de participer à la protection et à la promotion de l'allaitement au travers d'un réseau d'acteurs ou de projets communautaires. Au fil des années, la pharmacie Marceau Voie Lactée a développé son propre réseau de professionnels qu'elle partage avec les parents. Ce réseau comporte des :

- consultantes en lactation dont la plupart sont certifiées BN
- sage-femmes
- pédiatres et médecins généralistes
- ostéopathes spécialisés en périnatalité et dans d'autre domaine tel que le frein de langue
- psychologues
- psychomotriciens
- dentistes pédiatriques

Ce réseau a été constitué au fil des années, par les expériences personnelles des membres de l'équipe et les recommandations de certains parents. Il est sans cesse enrichi. Par exemple, en collaboration avec certaines consultantes en lactation, la pharmacie a permis l'organisation d'ateliers à destination des parents tels que des ateliers massages ou tout simplement des goûters allaitement, moments conviviaux de rencontre et d'échanges entre parents allaitants.

IV.2.2 Formations sur l'allaitement

Les 3 principales formations suivies par chaque membre de l'équipe nouvellement embauché destinées à réaliser les entretiens d'accompagnement sont les suivantes :

- **Formation *« Conduite pratique de l'allaitement maternel »*** dispensée par Magalie BONTEMPS, consultante en lactation et formatrice-coordinatrice de l'organisme Allaitement Maternel Formation (AMF). La session comprend 28h de formations réparties en 2 fois 2 jours. Elle a lieu en présentiel à Paris ou à Lyon ou en visioconférence. La formation s'adresse à tous les professionnels de santé souhaitant optimiser l'efficacité de leur pratique d'accompagnement de l'allaitement. Elle ne nécessite aucun prérequis en matière de connaissance, de diplôme ou de certification.

- **Formation du Réseau de Santé Périnatal Parisien** (RSPP), dispensée à l'Hôpital Necker par le Dr Virginie RIGOURD, pédiatre en néonatalogie à l'hôpital Necker Enfants malades et médecin responsable du lactarium d'Ile de France et Brune de Villepin Pommeret, Sage-Femme, membre du réseau médical et écoutante SOS Allaitement. Session de 3 jours complétée par une demi-journée de formation à l'écoute téléphonique permettant ensuite de participer aux permanences SOS Allaitement 75.

- **Formation au Biological Nurturing** dispensée par Suzanne COLSON. Session de 5 jours suivie d'un examen écrit de 3h permettant d'obtenir la certification BN.

L'actualisation des connaissances de base se réalise par la veille scientifique faite par certains membres de l'équipe partageant ensuite les nouvelles informations aux autres membres, en particulier grâce au Dr Roussel qui est membre du Comité Scientifique de la CoFAM ou encore par la participation libre à des évènements en lien avec l'allaitement comme la Journée Mondiale de l'Allaitement Maternel, la Journée Nationale de l'Allaitement Maternel donnant lieu à des conférences thématiques.

IV.2.3 Organisation des locaux de l'officine au regard de la charte PHAAM

Vitrines

Deux des quatre vitrines de la pharmacie sont consacrées à l'allaitement (Photos 10).

Photos 10: Les vitrines de la pharmacie Marceau Voie Lactée consacrées à l'allaitement

Des affiches issues d'illustrations tirées du livre « *Manuel très illustré d'allaitement maternel* » de Caroline Guillot sont exposées en vitrine en ayant pris soin de choisir des mères allaitant en BN (Photos 11).

Photos 11: Affiches utilisées pour les vitrines de la pharmacie

Espace d'accueil

L'espace d'accueil des parents et de leurs enfants lors des entretiens allaitement (Photo 12). Il est situé à l'écart des comptoirs.

Photo 12: L'espace d'accueil pour les entretiens allaitement

Organisation et rangement

Dans le respect de la charte PHAAM, les tétines et les biberons ne sont pas exposés à la vue du public (Photo 13 et Photo 14). Les substituts de lait maternel, peu nombreux, sont rangés en tiroir, au même titre que les médicaments listés (Photo 15).

Photo 13: Emplacement des tétines

Photo 14: Emplacement des biberons

Photo 15: Emplacement des préparations pour nourrissons

Informations sur l'allaitement et matériel

Du matériel spécialisé utilisé pour les démonstrations durant les entretiens, des accessoires spécifiques à l'allaitement ainsi que de nombreux documents sont mis à disposition et pour certains donnés systématiquement aux parents lors d'un entretien. C'est le cas notamment du guide réalisé par la pharmacie sur comment exprimer son lait ou encore le guide pour concilier la reprise du travail et l'allaitement (Photos 16 et Photos 17).

Photos 16: L'environnement informatif de l'espace allaitement accessible aux parents.

Photos 17: Des accessoires et des tire-laits électriques sont proposés à la vente

Photo 18: tire-laits disponibles à la location et matériel utilisé lors des entretiens

IV.2.4 Chiffres et Mots clés

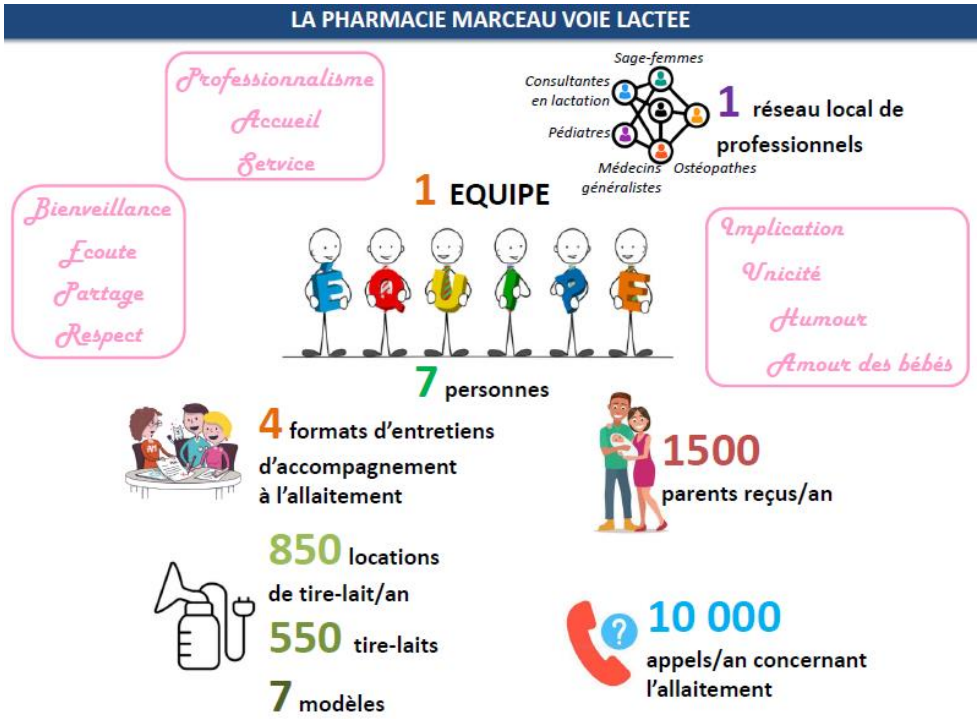


Figure 18: La Pharmacie Marceau Voie Lactée en quelques chiffres et quelques mots

Les Photos 19, la Photo 20 et la Photo 21 illustrent l'état d'esprit de l'équipe et l'ambiance qui règne au sein de l'officine au quotidien.

Photos 19: L'amour des bébés à la pharmacie Marceau Voie Lactée
Frédéric et Anna, 07/2021 ;
Anne-Lise et Yazid – 06/2021

Photo 20: L'humour, un des mots d'ordre de l'équipe

Photo 21: Le BN au quotidien à l'officine

IV.2.5 Dispositifs d'accompagnement des parents allaitants

L'accompagnement à l'allaitement repose sur :

- La location de tire-laits (annexe 4)
- Des entretiens proposés aux parents
- Un réseau de professionnels
- Une permanence téléphonique 7 jours/7, de 9h à 19h
- La mise à disposition de livres ou de documents en lien avec l'allaitement

Les entretiens ont lieu sur rendez-vous à la pharmacie ou en visioconférence. Ils sont gratuits et durent entre 45 min à 1h en moyenne. Les rendez-vous se déroulent dans un endroit dédié, à l'écart des comptoirs (Photo 12). Les mamans peuvent venir seules, accompagnées par un tiers, avec ou sans leur bébé, avec ou sans leurs aînés. Les papas viennent parfois seuls également.

Figure 19: Affiche présentant les 4 entretiens d'accompagnement à l'allaitement proposés par la Pharmacie Marceau Voie Lactée

IV.2.5.1 Entretiens d'accompagnement proposés aux parents

L'entretien prénatal *s'adresse à tous les parents à partir du 8ème mois de grossesse, qu'ils aient un projet d'allaitement ou non. Il est sans doute l'entretien le plus capital des 4 proposés.* L'objectif est de répondre aux questions des parents concernant l'allaitement, en particulier son initiation durant le séjour à la maternité, et ainsi de leur apporter des informations permettant d'affiner leur projet. Pour les parents ayant pris la décision d'allaiter, l'entretien parcourt chaque étape de la mise en route de l'allaitement depuis la naissance, les 30/72 premières heures colostrales avant la montée de lait, et la montée de lait avant le retour à la maison. Avant toute chose, l'équipe sensibilise les parents aux besoins physiologiques de maternage du nouveau-né durant ses premiers jours de vie au travers du BN.

L'idée est d'apporter aux futurs parents des clés pour leur donner confiance en eux et qu'ils soient plus autonomes dans leurs prises de décisions quant à l'alimentation de leur enfant et la façon de gérer ses premiers jours de vie dans un environnement qui n'est pas familier et au sein duquel ils vont recevoir une quantité importante d'informations différentes et souvent contradictoires. En outre, cet entretien est l'occasion de lier un premier contact avec les parents, de leur faire part de notre disponibilité à leur égard en cas de besoin tout au long de leur allaitement et de leur partager le réseau de professionnels en lien avec la pharmacie qui pourraient leur être utiles.

L'entretien après la naissance *a lieu en général dans les premiers jours suivant la sortie de la maternité jusque dans le premier mois suivant l'accouchement.* Les mamans sont particulièrement fatiguées, remplies de doutes et sujettes à l'inquiétude durant cette période. Comme pour l'entretien

prénatal, l'objectif est de renforcer la confiance des parents quant à l'allaitement, en particulier de la maman, en les écoutant avec empathie et en leur donnant des informations sur le maternage en BN, présenté, avant toute chose, comme un câlin entre les parents et leur bébé, un moyen d'assurer une transition optimale et apaisée pour le nouveau-né entre le ventre de sa mère et son nouvel environnement, et surtout, permettant d'assurer un confort et une détente pour la maman. C'est lors de cet entretien que le BN peut avoir le plus d'impact positif sur l'allaitement et le bien-être global de la maman.

L'entretien pour la reprise du travail *a lieu idéalement 1 mois avant la fin du congé de la maman et le début de la garde de l'enfant.* Il vise à lui apporter des informations et lui faire part des possibilités existantes pour concilier allaitement et activité professionnelle afin qu'elle puisse s'organiser au mieux en fonction de ses souhaits en matière d'allaitement et de son environnement de travail. Cela passe notamment par la présentation de différents modèles de tire-laits facilement transportables en y associant les fréquences d'expression, la conservation et le stockage du lait maternel, la prise du biberon ou la loi travail et allaitement. L'essentiel étant de comprendre au mieux et surtout de respecter les choix de la maman. Au cours de cet entretien, les mamans abordent également souvent les notions de séparation avec leur bébé et évoquent la culpabilité qu'elles ressentent à ne plus s'occuper de lui à 100%. L'écoute et la bienveillance sont alors primordiales. La reprise du travail peut être le moment où la dépression post-natale est mise à jour.

Le sevrage *est le 4ème thème d'entretien proposé. Le soutien de la maman à cette période est important* car l'arrêt de l'allaitement, même souhaité par la maman, correspond à un réel virage dans la relation que la mère a avec son bébé. C'est un cap qui peut parfois, pour certaine, être vécu comme un deuil.

Les complications

Les mamans peuvent rencontrer des complications à tout moment de leur allaitement. Bien qu'elles n'affectent pas la majorité des mères, elles constituent le motif principal d'appel après la prise de rendez-vous. Les complications couramment rencontrées sont les suivantes : douleurs aux mamelons, crevasses, engorgement, mastite et candidose mammaire. *Les douleurs et les crevasses sont très souvent liées à des conseils trop directifs sur les positions d'allaitement de la part des professionnels et, plus rarement, à l'absence d'information sur une utilisation correcte du tire-lait et/ou à une taille de téterelle inadaptée*. Le rôle de l'équipe est avant tout d'écouter et de les rassurer tout en sachant identifier l'urgence et orienter vers une consultation médicale si besoin. Il convient de leur donner les conseils de prise en charge et de prévention pour éviter les récidives, de leur partager le réseau de professionnels pouvant leur être utiles et de rappeler notre disponibilité pour le suivi si elles en ressentent le besoin.

Il est important de souligner que, quel que soit le motif de l'entretien, la prise en compte de l'humain, en l'occurrence de la maman ou des parents en tant que personnes, et ce dans l'écoute et la bienveillance, prime sur l'accompagnement concret que l'on peut apporter.

IV.3 Biological Nurturing: de la théorie à la pratique en officine

Lors des différents entretiens allaitement avec les parents, le BN est quasi systématiquement évoqué, en particulier s'il s'agit d'un entretien prénatal, si les parents viennent dans les jours suivant la naissance et si la maman rencontre des complications. Les sections suivantes tentent de retranscrire le déroulement d'un accompagnement dans la vie réelle de l'officine, depuis la prise de contact avec les parents jusqu'à leur retour d'expérience.

IV.3.1 Prise de contact et proposition d'entretien

Les parents venant en entretien allaitement ont, pour la plupart, été adressés à la pharmacie par la maternité ou leur sage-femme. D'autres ont identifié la pharmacie sur internet. Enfin, certains sont également des clients habituels ou des résidents du quartier qui connaissent la spécialisation en allaitement de la pharmacie en amont.

À l'exclusion de l'entretien prénatal qui est proposé au comptoir lorsqu'un ou des futurs parents se présentent, tous les autres entretiens sont réalisés à l'initiative des parents. Ce n'est que lors du premier entretien que sont présentés aux parents les différents accompagnements à l'allaitement à leur disposition ultérieurement s'ils le souhaitent (reprise du travail et sevrage notamment).

IV.3.2 Structure et déroulement des entretiens

Le BN est abordé principalement lors de l'entretien en prénatal, en post-accouchement et de façon générale, lorsque les mamans nous font part de difficultés telles que douleurs, crevasses ou que leur bébé « n'arrive pas à téter ».

À leur arrivée à la pharmacie, les parents sont accueillis dans l'espace allaitement, à l'écart des comptoirs avec un verre d'eau et une lumière tamisée. Ils sont invités à s'installer le plus confortablement possible et sont informés qu'il est possible d'allaiter et/ou de changer leur bébé si nécessaire. Après ce temps d'accueil, la première question posée est la raison de leur venue et, de façon générale, comment se sentent les parents, en particulier la maman, comment va le bébé et comment se déroule l'allaitement pour la maman et le bébé. Cette phase d'anamnèse est importante car elle permet d'établir un premier contact avec les parents, de comprendre leurs attentes, de cerner leur état d'esprit et d'identifier des besoins sous-jacents qui n'auraient pas été clairement explicités. Tout ceci a pour objectif d'adapter notre discours afin de transmettre au mieux les messages utiles aux parents.

Le BN est évoqué en premier lieu car il répond à la majorité des problèmes ou questions soulevées par les parents. Le message relatif au BN s'adresse à la fois au père et à la mère. Six points clés sont systématiquement évoqués au cours de l'entretien, avec plus ou moins de détails selon les cas :

1. Le confort de la mère en lui donnant l'image qu'elle doive se sentir aussi confortable que si elle regardait son film préféré à la télévision, affalée dans son canapé.
2. Le fait de faire téter le bébé endormi et non éveillé et, par-conséquent, de ne pas le réveiller pour le mettre au sein.

3. La position ventrale du nouveau-né et l'expression de la succion comme réflexe et non comme signe de faim.
4. L'allaitement à la demande de la maman.
5. Le nombre de couches d'urines claires sur 24h (5 minimum) comme critère d'efficacité de l'allaitement au lieu de la prise de poids seule.
6. Le relai possible de la maman par le conjoint en BN pour apaiser le bébé

Rien de tel pour pratiquer le BN que de le faire découvrir aux mamans lors de l'entretien. C'est pourquoi les mamans ou les papas sont invités, s'ils le souhaitent, à prendre leur bébé sur eux tout au long de l'entretien au lieu de le laisser dormir dans la poussette (Photo 22).

Photo 22 : Elena et son papa lors d'un entretien allaitement en juin 2021, à la pharmacie Marceau Voie Lactée

Sans même parler d'allaitement, les parents peuvent ainsi découvrir l'apaisement qu'offre leur corps à leur bébé en contact ventral avec eux et la position dans laquelle il se met, bien loin de celle dans laquelle il se trouvait jusqu'à présent lors des tétées. Dans l'optique de l'allaitement, ce temps de câlin avant une tétée permet un accordage corporel optimal entre la maman et son bébé et de les amener tous deux dans un état de bien-être. L'entretien se poursuit et, bien souvent, le nouveau-né endormi au début, finit par montrer des signes du sommeil paradoxal en exprimant ses réflexes innés. Ceci permet alors d'illustrer parfaitement nos propos et les informations distillées aux mères sur ce point pendant l'entretien. Lorsque le nouveau-né montre des signes d'entrée en sommeil paradoxal, nous invitons alors les mères à descendre leur bébé vers le mamelon et là, nous pouvons parfois assister à des petits miracles où le bébé s'accroche au mamelon et se met à téter (Photos 23).

Photos 23: Isaac en BN sur sa maman, 06/2021, à la pharmacie
Isaac tète en appui ventral puis s'endort sur le sein de sa maman avant un nouvel épisode de tétées

Les parents sont alors à la fois surpris mais surtout tellement heureux et sortent de la pharmacie plus confiants et détendus que lorsqu'ils sont entrés, avec de nouvelles ressources à leur disposition.

IV.4 Bénéfices du Biological Nurturing rapportés par les parents : témoignages

Suite à un entretien, nous n'avons que très peu de retour d'expérience sur « l'après ». Ce n'était pas une volonté de le faire et sommes néanmoins toujours très heureux de revoir certains parents ou de recevoir de leurs nouvelles spontanément. Dans ce contexte, il est encore plus difficile d'avoir des retours spécifiquement sur la mise en pratique du BN par les parents : l'ont-ils fait ? Comment ont-ils vécu cela ? Ont-ils trouvé cela difficile ? Le BN les a-t-il aidés dans leur problématique ? Allaitent-ils toujours ? Autant de questions qui, pour le moment, restent la plupart du temps sans réponse.

Au travers de leurs mots, les témoignages de deux mamans reçues en entretien allaitement à la pharmacie permettent d'appréhender ce que peut apporter le BN aux mères.

1. **Témoignage d'Agathe, maman d'Eugénie, 9 mois, toujours allaitée :**

« *[…] Durant cette période [les jours suivant naissance], j'étais inquiète, stressée, fatiguée et pas certaine de faire bien les choses… je me posais beaucoup de questions. J'étais émerveillé de réussir à donner le sein mais au début mais je ne qualifierais pas ça de plaisir […].*
Le BN m'a apporté une impression de simplicité et d'évidence - je l'ai mis en pratique tout de suite et le fais toujours. Je n'ai plus aucune douleur et surtout moins de courbatures car je ne suis plus tendue. Je suis également beaucoup plus zen. Eugénie tète à son rythme sans pression, j'adore la voir s'endormir et téter quelques minutes après tout en dormant. […]. Notre lien est renforcé, elle se calme dès qu'elle est près de moi ou dès qu'elle me voit, ce qui lui permet de découvrir le monde plus sereinement. Je suis notre rythme à toutes les deux en étant sereine et confiante. […]. J'ai ressenti du plaisir à allaiter et en ressens toujours, je pense continuer encore un bon moment. Echanger sur le BN m'a permis d'avoir une vision différente de l'allaitement, de me donner confiance et plaisir, je suis maintenant comme libérée. […].»

2. **Témoigne d'Audrey, maman de Sasha, allaité 2 ans :**

« Je suis passée à la BN vers les 2 mois de Sasha sans même penser à ce que j'avais appris lors des cours de préparation à l'accouchement. C'est venu de façon assez naturelle car Sasha prenant très, très souvent le sein la nuit, je me redressais à peine pour le prendre avec moi et lui donner le sein. La posture étant confortable je l'ai adoptée également pendant les phases d'éveil car j'avais un point dans le dos en position assise. Plus tard, j'ai fait le rapprochement entre ces douleurs et mes anciennes postures d'allaitement et notamment la madone qui était très inconfortable tant que Sasha n'avait pas atteint une certaine taille.

Je ne parlerais pas de plaisir d'allaiter mais je dirais plutôt que l'allaitement est devenu confortable et c'est, je pense, ce qui m'a permis de tenir aussi longtemps. »

Ces deux témoignages montrent bien un avant et un après BN pour les mamans, en particulier concernant leur confort et leurs douleurs physiques liées à la position d'allaitement. Toutes deux font ressortir l'aspect naturel du BN, sans réflexion, ce qui fait directement référence aux compétences innées de la mère pour mettre son bébé au sein, sans avoir besoin qu'on lui enseigne comment faire. Enfin, les deux mamans expriment le fait de poursuivre l'allaitement grâce au BN ce qui laisse penser que le BN pourrait permettre d'augmenter les durées et taux d'allaitement.
Le témoignage d'Agathe met également en avant le renforcement du lien avec sa fille et de sa confiance ainsi que sa sérénité vis-à-vis de son allaitement. Ceci est un point important en rapport avec la DPN qui ébranle la confiance des mères et altère le lien avec leur enfant, plaçant ainsi le BN comme une corde supplémentaire à l'arc des prises en charges actuelles de la DPN.

Ces deux témoignages constituent deux études de cas qu'il serait intéressant d'enrichir par d'autres expériences de pratique du BN voire même de poursuivre par une étude qualitative auprès des parents accueillis en entretien à la pharmacie qui explorerait de façon systématique, par un questionnaire approprié, l'apport du BN pour les parents et ses facteurs de succès une fois rentrés à la maison.

IV.5 Pharmacie Marceau Voie Lactée: analyse relative au label PHAAM

Le label PHAAM gagne à être connu auprès des pharmaciens d'officine, qu'ils soient déjà en activité ou encore étudiants. L'adhésion à la charte PHAAM induit indubitablement une modulation des activités au sein de l'officine, un modèle économique et un état d'esprit au sein de l'équipe différents. L'analyse du modèle PHAAM selon la méthode « SWOT » (Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats) au travers de l'expérience de la Pharmacie Marceau Voie Lactée aide à dresser un bilan objectif de sa mise en pratique (Tableau XXVIII).

Tableau XXVIII: Analyse du modèle PHAAM selon la méthode "SWOT"

FORCES	FAIBLESSES
1. **Disponibilité** (horaires larges, sans rendez-vous) 2. Canaux de **communication** variés et **réactivité** de réponse (téléphone, e-mail, au comptoir) 3. Accompagnement des parents avec **humilité** car nous ne nous présentons pas comme « expert » de l'allaitement 4. Accompagnement basé sur l'**écoute** et la **bienveillance** 5. **Ambiance** de travail avec dimension **humaine** au centre	1. Actuellement, très peu d'**enseignement** sur l'allaitement dans les études pharmaceutiques 2. Accompagnement allaitement **chronophage** et demande beaucoup d'**investissement** de la part de l'équipe (écoute active, empathie…) 3. **Perception du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel** interdisant l'exposition des sucettes, tétines et biberons à la vue du public comme un frein 4. Limitations des ventes de **PPN** au strict nécessaire
OPPORTUNITES	**MENACES**
1. **Besoin** d'accompagnement des parents en matière d'allaitement réel et important 2. **Rémunération potentielle** des pharmaciens pour les entretiens allaitement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie 3. Renforcement et création de **formations** sur l'accompagnement à l'allaitement dans le cursus universitaire des pharmaciens d'officine 4. Présentation du **label PHAAM** aux étudiants en pharmacie, aux professionnels de la périnatalité	1. **Activité additionnelle**: dérive durée des entretiens allaitement au détriment de l'activité officinale 2. **Réglementaire**: diminution du prix/déremboursement de la location des tire-laits, augmentation du prix des accessoires 3. **Extension très modérée de la certification PHAAM** à de nouvelles officines sur le territoire, depuis 2017

IV.6 Allaitement en France : perspectives

De nombreuses et belles perspectives pour l'allaitement en France existent, au sein desquelles le pharmacien d'officine peut prendre part.

Ces idées et projets, encore à construire pour la plupart, pourront s'appuyer sur un cadre législatif évoluant favorablement vis-à-vis de l'allaitement avec le Projet de loi n°3964 de Mme Bérangère Poletti, déposé le 09 mars 2021 à l'Assemblée Nationale (annexe 5). Le projet de loi prévoit diverses mesures de protection et de promotion de l'allaitement maternel telles que : une amende de 1500€ en cas de tentative d'interdiction à une mère d'allaiter dans un lieu public, un aménagement d'un créneau horaire spécifique pour l'allaitement au sein des entreprises de plus de 5 salariés., une prolongation de 4 semaines du congé maternité en cas d'allaitement, l'inscription de la promotion de l'allaitement maternel dans le Code de la Santé Publique, la mise en place d'un Comité National de l'Allaitement ou encore des campagnes d'informations télévisuelles sur l'allaitement (89).

Les pharmaciens d'officine ont leur rôle à jouer dans la promotion et le soutien à l'allaitement. Il pourrait être pertinent de les sensibiliser à l'accompagnement qu'ils peuvent offrir aux parents en matière d'allaitement, de par la place qu'ils occupent dans le système de santé, le lien de proximité et de confiance tissés avec les (futurs) parents et leur accessibilité aisée en ville. Cette sensibilisation pourrait notamment se faire au travers de l'URPS Pharmaciens. En sus, il pourrait être également judicieux d'étendre le contenu des formations initiale et continue des pharmaciens d'officine en

matière d'allaitement en systématisant l'apprentissage du fonctionnement d'un tire-lait, en présentant l'initiative PHAAM et en formant à l'accompagnement BN. Ceci permettrait de donner envie à d'autres pharmaciens d'officine de se lancer dans l'aventure de l'accompagnement à l'allaitement et ainsi de développer le réseau PHAAM en France. Le développement du réseau PHAAM serait d'autant plus aisé si la solidité du modèle économique des officines adhérentes était démontrée. Dans ce cadre, instaurer une facturation des entretiens allaitement au même titre que d'autres accompagnements pharmaceutiques (ex : patients asthmatiques, diabétiques, sous anti-vitamine K ou anti-cancéreux long cours, réalisation d'un bilan de médication) dont la facturation a été rendue possible le 30 septembre 2020.

Sur le terrain, le soutien à l'allaitement pour les parents en France devra forcément s'appuyer sur le développement du lien ville/hôpital en matière de périnatalité. Une idée pourrait être d'utiliser les deux labels promouvant l'allaitement et déjà existants pour les établissements de santé, à savoir le label IHAB pour les maternités d'une part et le label PHAAM pour les pharmacies d'officines d'autre part. Concrètement, une maternité labélisée IHAB pourrait être en lien avec une ou plusieurs PHAAM à proximité afin de pouvoir travailler en synergie et d'avoir un endroit dédié vers lequel orienter les parents à la sortie de maternité. Dans le même esprit, des maisons d'allaitement pluri-professionnelles de santé pourraient être crées à proximité d'une maternité. Le pharmacien y aurait toute sa place.

L'interdisciplinarité est une clé permettant de renforcer le réseau de professionnels et d'apporter des accompagnements complémentaires répondant aux multiples besoins des parents et de leur bébé. Par exemple, le projet alto-séquanais «Opidom» a vu le jour en septembre 2021 à Rueil-Malmaison. Il résulte de la collaboration entre des psychomotriciennes et une ostéopathe et vise à proposer des ateliers d'accompagnement en périnatalité pour les parents. Une collaboration avec la Pharmacie Marceau Voie Lactée est envisagée.

Quel que soit le type d'accompagnement à l'allaitement et le professionnel qui le dispense, la perspective d'établir un accompagnement bienveillant des parents, des mères et de leur bébé, centré sur leur écoute, leur bien-être individuel et collectif au sein de la famille est primordial. Tout commence à la maternité. Le BN intègre cette approche bienveillante et permet d'aller vers un accompagnement doux si, à termes, il est introduit dans les pratiques des professionnels de la périnatalité, en particulier en maternité.

CONCLUSION

L'allaitement est un atout majeur de la prévention de la santé à la fois de la mère et de l'enfant, à court et à long terme en réduisant notamment le risque de survenue de maladies chroniques telles que le diabète de type II. L'allaitement présente un intérêt dans le cadre de la DPN maternelle puisqu'il favorise la création du lien mère/enfant après la naissance.

La DPN est une pathologie fréquente et sous-diagnostiquée, méconnue de tous, professionnels de santé ou non. En plus d'affecter la santé mentale de la mère, elle nuit au tissage du lien mère/enfant et, à ce titre, entraine des troubles du développement affectif et neurocomportemental de ce dernier. La DPN a un impact large puisqu'elle influence aussi l'équilibre du couple, de la famille voire la santé du conjoint. La DPN touche également les pères.

En France, le taux d'allaitement reste faible à six mois (<20%) malgré un taux d'initiation de plus de 70% en maternité. Le taux d'allaitement bas au-delà de six mois est majoritairement lié au manque d'accompagnement des parents durant la période post-natale et à la reprise de l'activité professionnelle de la mère. La chute du taux d'allaitement à la sortie de maternité pourrait s'expliquer par la posture de « sachants » (top-down) adoptée par le personnel qui enseigne aux mères comment allaiter. Cette attitude inhibe tout comportement innés de la mère et du bébé et empêche les mères de gagner la confiance en leurs capacités d'allaiter et, par extrapolation, à s'occuper de leur bébé. Dans ce contexte, le conjoint se sent en général impuissant et inutile car toute l'attention est centrée sur le bébé, non sur la mère et encore moins sur la triade père-mère-enfant. Cette situation est malheureusement très fréquemment rencontrée par les parents à la maternité et altère le démarrage de l'allaitement ainsi que l'établissement du lien avec leur enfant et leur rôle de parents.

L'accompagnement des parents dans le démarrage de l'allaitement est un contexte idéal pour que les professionnels de santé exercent leur action de prévention quaternaire en adoptant une posture la moins interventionniste possible, permettant aux parents de découvrir leurs compétences innées de parentalité et de leur (re-) donner les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur projet d'allaitement (approche bottom-up). À ce titre, le BN, une nouvelle approche de l'allaitement plaçant les parents, en particulier la mère au centre et pleinement actrice de son allaitement, est un outil s'inscrivant dans l'esprit de l'approche bottom-up, de la prévention quaternaire et de la promotion de la santé. En donnant aux mères le plaisir et la confiance d'allaiter, le BN pourrait prolonger l'allaitement et ainsi étendre ses bénéfices à long terme pour la mère et l'enfant, en particulier sur la santé mentale et le développement neurocomportemental, tout en préservant la santé de l'entourage.

L'accompagnement en BN des parents est pratiqué quotidiennement par l'équipe de la Pharmacie Marceau Voie Lactée, labélisée PHAAM, et permet de mettre en évidence, à petite échelle, les bienfaits d'un accompagnement bienveillant, de l'écoute des parents, et de la limitation des interventions auprès des parents en matière d'allaitement. Les témoignages de parents reçus à la pharmacie sont autant de petites graines alimentant l'idée qu'introduire le BN dans les pratiques des professionnels de santé, en particulier en maternité, permettrait de mieux respecter les parents et leur nouveau-né afin qu'ils puissent l'accueillir dans un environnement bienveillant leur permettant de découvrir et de laisser s'exprimer leurs instincts naturels de parents. Ceci apportera à chacun (bébé

inclus), confiance pour la suite de cette belle aventure, qu'est celle d'être parents pour les uns, et de devenir adulte pour les autres.

Le BN gagne à être connu et reconnu dans le milieu de la périnatalité. Sa légitimité ne pourra être établie à l'échelle nationale que si des études solides méthodologiquement et en nombre suffisant démontrent ses effets bénéfiques, en particulier sur le bien-être et la confiance des mères, sur la durée de l'allaitement ou encore sur les symptômes de la DPN maternelle.

Le BN et l'allaitement ne sont pas les solutions uniques à la DPN mais peuvent être des outils contribuant à l'amélioration de la santé psychologique des mères et ce, en s'appuyant sur leur confiance et le lien avec leur bébé. Dans cette perspective, il est primordial que les parents bénéficient d'un accompagnement bienveillant, auprès de personnes formées, accessible dès le début de la grossesse jusqu'au sevrage de leur enfant, ainsi que d'un environnement collectif favorable à l'allaitement. Le développement du lien ville/hôpital, des réseaux de professionnels impliqués dans l'accompagnement des parents et l'interdisciplinarité sont des clés de réussite. En tant que professionnels de santé, le pharmacien d'officine a toute sa place et son rôle à jouer dans le développement de l'accompagnement des parents en matière d'allaitement qui n'est autre qu'une action de promotion et de prévention de la santé. Cette action de prévention est d'autant plus importante qu'elle intervient dans les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant, « là où tout commence ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Sutter-Dallay A-L. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. J Psychiatr Res. janv 2017;84:284-91.

2. OREHANE. Dépression post-natale et impact de la crise sanitaire sur la santé mentale des mères. Webconférence présenté à; 2021 juin 17.

3. INSERM, Santé Publique France. Les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir. 6è rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2013-2015. 2021 janv.

4. Commission des 1000 premiers jours. Les 1000 premiers jours : Là où tout commence. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2020 sept.

5. Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartmann PE. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. Journal of Anatomy. 2005;206(6):525-34.

6. Audoin C, Bontemps M. Conduite pratique de l'allaitement maternel: de la grossesse au sevrage - Allaitement Maternel Formation - Leche League France. Formation présenté à; 2020 mai.

7. Geddes D. Inside the lactating breast: the latest anatomy research. Journal of midwifery & women's health. 2007;

8. Geddes D. The anatomy of the lactating breast: Latest research and clinical implications. In 2007.

9. Hassiotou F, Geddes D. Anatomy of the human mammary gland: Current status of knowledge. Clin Anat. janv 2013;26(1):29-48.

10. Cerimes. Iconographie lactation - Campus Cerimes - Maïeutique, UE-Obstétrique.

11. Sriraman NK. The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. 1 déc 2017;47(12):305-10.

12. Mosca F, Giannì ML. Human milk: composition and health benefits. Pediatr Med Chir. 28 juin 2017;39(2):155.

13. Italianer MF, Naninck EFG, Roelants JA, van der Horst GTJ, Reiss IKM, Goudoever JB van, et al. Circadian Variation in Human Milk Composition, a Systematic Review. Nutrients. 4 août 2020;12(8).

14. Geddes D, Perrella S. Breastfeeding and Human Lactation. Nutrients. 9 avr 2019;11:802.

15. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. déc 2015;104(Suppl 467):96-113.

16. Truchet S, Honvo-Houéto E. Physiology of milk secretion. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 1 août 2017;31(4):367-84.

17. Rigourd V. Formation allaitement - Réseau Santé Périnatal Parisien. 2020 sept; Hôpital Necker Enfants Malades.

18. Kauffmann-Huysmans K. Traitement des crevasses à l'aide de pansements au lait maternel - Dossiers de l'Allaitement n°62 [Internet]. Leche League France. 2005 [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1333

19. Leche League. Le point sur l'engorgement - Dossiers Allaitement n°48. [Internet]. Leche League France. 2001 [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1378-da-48-engorgement

20. Wiener S. Diagnosis and Management of Candida of the Nipple and Breast. Journal of Midwifery & Women's Health. 2006;51(2):125-8.

21. Fetherston C. Mastitis in lactating women: physiology or pathology? Breastfeed Rev. mars 2001;9(1):5-12.

22. Leche League. Candidose mammaire - Allaiter Aujourd'hui n°57 [Internet]. Leche League France. 2003 [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1169

23. Salih F, Soprani A, Galouzeau De Villepin B, Rigourd V, Serreau R. Médicaments et allaitement. Robert Atlani - ERA; 2015.

24. Eidelman A, Schanler R. Policy statement, breastfeeding and the use of human milk - American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2012;129(3):827-41.

25. OMS. Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 2003.

26. OMS. Post-natal care of the mother and the new-born. 2013.

27. CoFAM. Recommandation pour la diversification alimentaire du nourrisson allaité au cours de la 1ère année. 2017.

28. INSERM, DREES. Enquête Nationale Perinatale - Rapport 2016 - Les naissances et les établissements: Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la

Santé; 2017 oct [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

29. Kersuzan C. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions d'accouchement. Résultats de l'enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011 [Internet]. 2014 [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html

30. Salanave B. Durée de l'allaitement maternel en France (EPIFANE 2012-2013). Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 7 oct 2014;(27):450-7.

31. Wagner S. Durée de l'allaitement maternel selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française ELFE, 2011 [Internet]. 2015 [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html

32. Salanave B. L'allaitement maternel en France: résultats de l'étude EPIFANE.

33. <organisation Mondiale de la Santé. Code International de commercialisation des substituts du lait maternel. 1981.

34. IBFAN-ICDC. Relevant Health Assembly Resolution Summary. 2016.

35. WBTi. Rapport WBTi France 2017 - révision de juin 2018. WBTi; 2017 déc.

36. OMS, UNICEF. Déclaration d'Innocenti. 1990.

37. COFAM. Reprise du travail, droit et législation. 2013.

38. Présentation - Lactarium Ile de France [Internet]. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: http://lactarium-idf.aphp.fr/presentation/

39. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion. Pediatrics. 1 oct 2005;116(4):e494-8.

40. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. Frontiers in Neuroendocrinology. 1 janv 2019;52:165-80.

41. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes: Women's Health [Internet]. 29 avr 2019 [cité 16 sept 2020]; Disponible sur: https://journals-sagepub-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/10.1177/1745506519844044?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

42. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. Journal of Affective Disorders. 15 janv 2015;171:142-54.

43. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. Annu Rev Med. 27 janv 2019;70:183-96.

44. Thul TA, Corwin EJ, Carlson NS, Brennan PA, Young LJ. Oxytocin and postpartum depression: A systematic review. Psychoneuroendocrinology. oct 2020;120:104793.

45. Teissedre F, Chabrol H. [A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression]. Encephale. août 2004;30(4):376-81.

46. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry. 1998;13(2):83-9.

47. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. juin 1987;150:782-6.

48. Gilles A. La dépression post-partum: dépistage, diagnostic, prise en charge et rôle du Pharmacien d'officine. Toulouse III Paul Sabatier; 2015.

49. Réseau de Santé Périnatal Parisien. Recommandations dépression du post-partum [Internet]. 2017 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: http://www.rspp.fr/accompagnement-psychologique/la-depression-post-natale

50. Marpeau L, Senat M-V, Sentilhes L. Post-partum : recommandations CNGOF pour la pratique clinique [Internet]. Elsevier Masson. 2018 [cité 24 août 2021]. 384 p. Disponible sur: https://www.elsevier-masson.fr/post-partum-recommandations-cngof-pour-la-pratique-clinique-9782294759185.html

51. Walsh TB, Davis RN, Garfield C. A Call to Action: Screening Fathers for Perinatal Depression. Pediatrics. janv 2020;145(1).

52. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [Internet]. [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: https://lecrat.fr/sommaireFR.php

53. Powell JG, Garland S, Preston K, Piszczatoski C. Brexanolone (Zulresso): Finally, an FDA-Approved Treatment for Postpartum Depression. Ann Pharmacother. févr 2020;54(2):157-63.

54. Hardin JS, Jones NA, Mize KD, Platt M. Affectionate Touch in the Context of Breastfeeding and Maternal Depression Influences Infant Neurodevelopmental and Temperamental Substrates. NPS. 18 janv 2021;1-18.

55. O'Higgins M, Roberts ISJ, Glover V, Taylor A. Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. Arch Womens Ment Health. oct 2013;16(5):381-9.

56. Oyetunji A, Chandra P. Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. Psychiatry Research. 1 févr 2020;284:112769.

57. Lilja G, Edhborg M, Nissen E. Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. Scand J Caring Sci. juin 2012;26(2):245-53.

58. Vliegen N, Casalin S, Luyten P, Docx R, Lenaerts M, Tang E, et al. Hospitalization-based treatment for postpartum depressed mothers and their babies: rationale, principles, and preliminary follow-up data. Psychiatry. 2013;76(2):150-68.

59. Curtis MA, Corman H, Noonan K, Reichman NE. Maternal depression as a risk factor for family homelessness. Am J Public Health. sept 2014;104(9):1664-70.

60. Toledo C, Cianelli R, Villegas Rodriguez N, De Oliveira G, Gattamorta K, Wojnar D, et al. The significance of breastfeeding practices on postpartum depression risk. Public Health Nursing. 12 sept 2021;n/a(n/a):1-9.

61. Mikšić Š, Uglešić B, Jakab J, Holik D, Milostić Srb A, Degmečić D. Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. Int J Environ Res Public Health. 15 avr 2020;17(8):E2725.

62. Wouk K, Gottfredson NC, Tucker C, Pence BW, Meltzer-Brody S, Zvara B, et al. Positive Emotions During Infant Feeding and Postpartum Mental Health. J Womens Health (Larchmt). févr 2019;28(2):194-202.

63. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. Psychological Medicine. avr 2014;44(5):927-36.

64. Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, Glynn LM. Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology? Arch Womens Ment Health [Internet]. oct 2013 [cité 24 sept 2020];16(5). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818091/

65. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth. 23 mai 2012;12(1):36.

66. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early Breastfeeding Experiences and Postpartum Depression. Obstetrics & Gynecology. août 2011;118(2):214-21.

67. Righard L. Delivery self attachment. University Hospitals of Lund and Malmö, Sweden: Geddes Productions; 1992.

68. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. The Lancet. 3 nov 1990;336(8723):1105-7.

69. Colson S. L'Allaitement Instinctif - Biological Nurturing. Ressources Primordiales. 2021. 358 p.

70. Milinco M, Travan L, Cattaneo A, Knowles A, Sola MV, Causin E, et al. Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial. International Breastfeeding Journal. 5 avr 2020;15(1):21.

71. Colson S. Biological nurturing (1). A non-prescriptive recipe for breastfeeding. Pract Midwife. oct 2007;10(9):42, 44, 46-7.

72. Colson S. Maternal breastfeeding positions: have we got it right? (2). Pract Midwife. déc 2005;8(11):29-32.

73. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. Early Hum Dev. juill 2008;84(7):441-9.

74. Colson S. Womb to world: a metabolic perspective. Midwifery Today Int Midwife. 2002;(61):12-7.

75. Wang Z, Liu Q, Min L, Mao X. The effectiveness of the laid-back position on lactation-related nipple problems and comfort: a meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 24 mars 2021;21(1):248.

76. Rosin SI. A Case Study of Biological Nurturing. J Hum Lact. mai 2019;35(2):318-22.

77. Colson S, De Rooy L, Hawdon J. Biological nurturing increases duration of breastfeeding for a vulnerable cohort. MIDIRS Midwifery Digest. mars 2003;13(1):92-7.

78. Liu H-X. Intervention of semi-lying breastfeeding on breast injury and maternal satisfaction during lactation. China Pract Med. nov 2019;14(31).

79. Zeng L. Evaluation of the effect of semi-lying breast-feeding posture on breast-feeding of depressed nipple mothers. Med Innov China. 2019;16(16):82-6.

80. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. J Womens Health (Larchmt). avr 2013;22(4):352-61.

81. Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S. Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. Breastfeed Med. sept 2017;12(7):436-42.

82. Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S. Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. Breastfeed Med. 1 sept 2017;12(7):436-42.

83. Lara-Cinisomo S, Zhu K, Fei K, Bu Y, Weston AP, Ravat U. Traumatic events: exploring associations with maternal depression, infant bonding, and oxytocin in Latina mothers. BMC Womens Health. 1 févr 2018;18:31.

84. Cox EQ, Stuebe A, Pearson B, Grewen K, Rubinow D, Meltzer-Brody S. Oxytocin and HPA stress axis reactivity in postpartum women. Psychoneuroendocrinology. mai 2015;55:164-72.

85. Whitley J, Wouk K, Bauer AE, Grewen K, Gottfredson NC, Meltzer-Brody S, et al. Oxytocin during breastfeeding and maternal mood symptoms. Psychoneuroendocrinology. mars 2020;113:104581.

86. Boutry-Stadelmann B. Des pharmacies pour soutenir l'allaitement. Obstetrica. juin 2020;

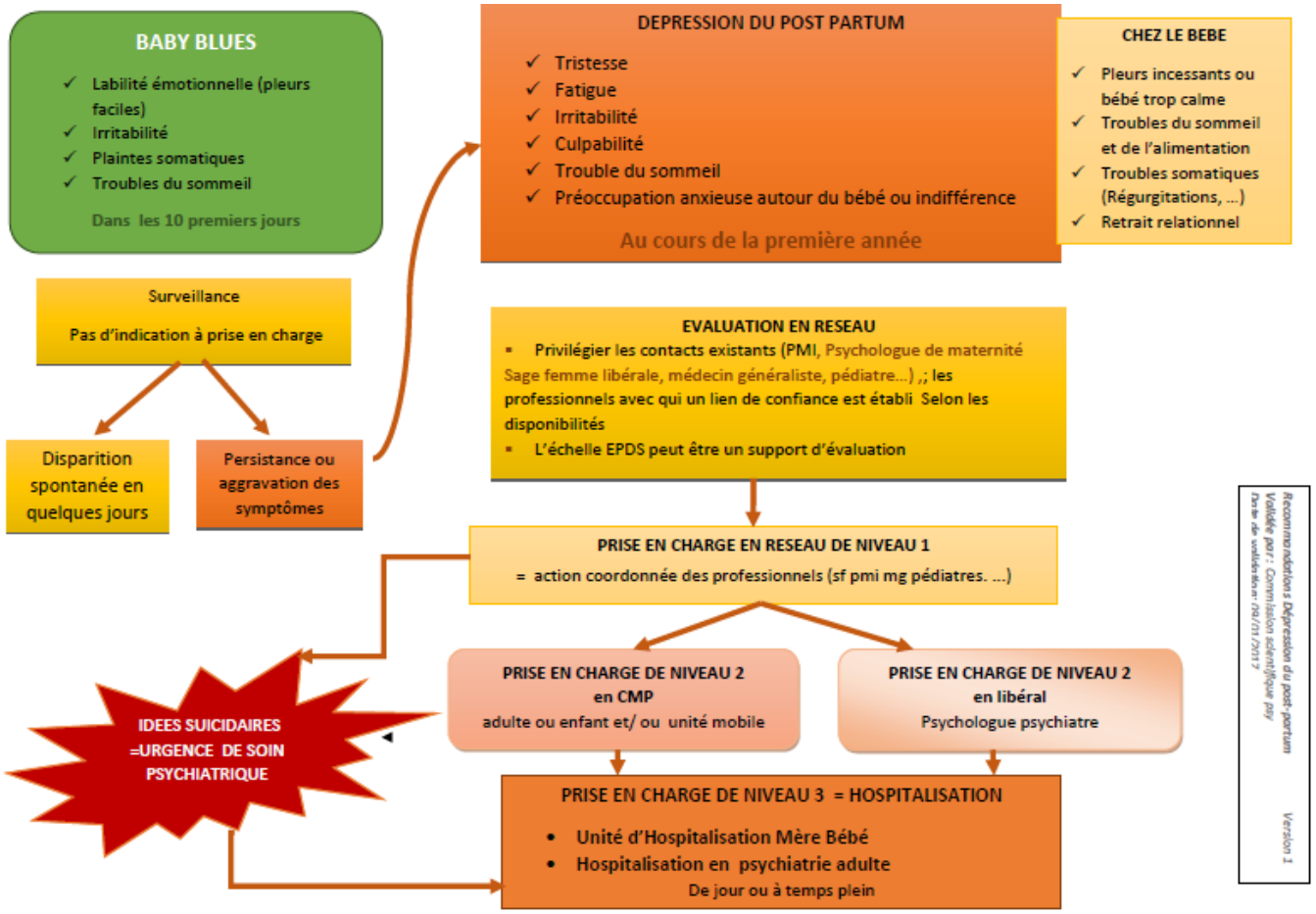
87. Il Melograno. Charte d'engagement Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel.

88. Il Melograno. Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel, présentation générale simplifiée.

89. Poletti B. Proposition de loi n° 3964 relative à l'allaitement maternel : pour une meilleure sensibilisation et plus d'information [Internet]. Assemblée nationale. 2021 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3964_proposition-loi

ANNEXES

ANNEXE 1 : Arbre décisionnel pour la prise en charge du baby-blues et de la dépression du post-partum - RSPP, 2017



ANNEXE 2 : Les réflexes archaïques du nouveau-né

Numéro	Réflexes	Type	Fonctions
1	Main à la bouche	Endogène	Trouver et s'accrocher au mamelon
2	Extension/flexion des doigts	Endogène	Trouver et s'accrocher au mamelon
3	Ouverture de la bouche	Endogène	Trouver et s'accrocher au mamelon
4	Mouvements de langue	Endogène	Trouver et s'accrocher au mamelon
5	Pédalage des bras	Endogène	Trouver et s'accrocher au mamelon
6	Pédalage des jambes	Endogène	Trouver et s'accrocher au mamelon
7	Flexion des pieds et des mains	Endogène	Trouver et s'accrocher au mamelon
8	Soulèvement de la tête	Antigravitaire	Trouver et s'accrocher au mamelon
9	Redressement de la tête	Antigravitaire	Trouver et s'accrocher au mamelon
10	Hochement de tête	Antigravitaire	Trouver et s'accrocher au mamelon
11	Ancrage	Endogène & moteur	Trouver et s'accrocher au mamelon
12	Placement	Moteur	Trouver et s'accrocher au mamelon
13	Agrippement palmaire	Moteur	Trouver et s'accrocher au mamelon et transfert du lait
14	Agrippement plantaire	Moteur	Trouver et s'accrocher au mamelon et transfert du lait
15	Réflexe de Babinski	Moteur	Trouver et s'accrocher au mamelon et transfert du lait
16	Marche	Moteur	Trouver et s'accrocher au mamelon et transfert du lait
17	Reptation	Moteur	Trouver et s'accrocher au mamelon et transfert du lait
18	Succion	Rythmique	Transfert du lait
19	Réflexe du masséter/menton/mâchoire	Rythmique	Transfert du lait
20	Déglutition	Rythmique	Transfert du lait

Source : (73)

ANNEXE 3 : Charte d'engagement des Pharmacies Amies de l'Allaitement Maternel

CHARTE D'ENGAGEMENT

PROMOUVOIR, SOUTENIR ET PROTÉGER L'ALLAITEMENT MATERNEL
COMME LE RECOMMANDE l' OMS / UNICEF

Introduction

La pharmacie s'engage à respecter toutes les initiatives ayant pour objectif la promotion, le soutien et la protection de l'Allaitement Maternel selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la santé » (OMS).
L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît que le lait maternel est l'aliment le plus adapté pour le nouveau né et le nourrisson de l'espèce humaine. C'est pourquoi elle recommande « un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie; et l'introduction, à l'âge de six mois, d'aliments de complément (solides) sains et satisfaisants sous l'angle nutritionnel, parallèlement à la poursuite de l'allaitement, jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà », et selon le projet des parents.

L'obtention de la certification « **Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel** » signe un engagement éthique et déontologique qui nécessite :

- d' adhérer à « l'Initiative Pharmacie Amie de l'allaitement maternel »
- de respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (O.M.S. 1981) et aux résolutions adoptées ultérieurement
- d'être soumis à une évaluation externe garantissant la conformité au Code international commercialisation des substituts du lait maternel .

1. **Avoir un protocole écrit sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants conforme à la politique nationale du pays, au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures sur le sujet.**

   I. Les recommandations actuelles doivent être connues par tout le personnel en contact avec les femmes enceintes, les jeunes mères et familles fréquentant l'officine.

II. les nouveaux employés doivent être informés de la démarche de la pharmacie au moment de la prise de fonction dans l'officine.

III. Les connaissances doivent être actualisées par le biais de la formation continue Une version simplifiée et claire de ce protocole doit être disponible, exposée et éventuellement remise, à leur demande, aux femmes et à tout autre public de l'officine.

2. Formation du personnel

I. Tout le personnel de l'équipe doit suivre une formation de base et mettre à jour ses connaissances dans le but de promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel
II. Les nouveaux employés doivent suivre une formation
III. Le personnel doit acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour assurer un conseil officinal optimal et adapté sur l'allaitement maternel et l'alimentation du jeune enfant , en aide et en soutien aux mères
IV. Le personnel doit acquérir une connaissance suffisante du Code international de Commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981) et des résolutions ultérieures

3. Informer toutes les femmes des bénéfices du lait maternel et de ses avantages sur l'alimentation artificielle

I. Tout le personnel doit informer de façon adaptée les femmes des bénéfices du lait maternel et de ses avantages sur l'alimentation artificielle
II. Les informations doivent être claires et précises en conformité avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les preuves apportées par les études scientifiques
III. Tout le personnel doit savoir accompagner de façon adaptée les mères qui n'allaitent pas dans la conduite pratique de l'alimentation artificielle en leur expliquant notamment comment préparer un biberon.

4. Soutenir et encourager les mères à initier et poursuivre l'allaitement maternel

I. Tout le personnel connaît les «Dix conditions pour le succès de l'allaitement »,OMS / UNICEF, 1999.
II. Tout le personnel doit être en mesure d'aider et d'encourager les mères lors du démarrage et de la poursuite de l'allaitement maternel
III. Tout le personnel doit être en mesure d'aider et d'encourager les mères à entretenir la lactation si leur bébé ne peut pas téter et/ou si elles se trouvent séparées de lui en raison de maladies.

5. **Mettre en place un espace pour accueillir des mères avec leurs enfants**

I. A l'intérieur de la pharmacie, un espace confortable est en accès libre quand une mère doit allaiter son bébé.

6. **Promouvoir l'image de la mère allaitante et éviter la promotion de l'alimentation au biberon**

I. L'espace de l'officine doit véhiculer des images qui favorisent l'allaitement maternel
II. Il est nécessaire de bannir de l'espace de l'officine toute représentation qui peut induire les mères à penser que l'alimentation artificielle est plus sûre et plus appropriée pour les bébés

7. **Délivrance des substituts du lait maternel uniquement sur demande spécifique de la mère**

I. Tous les employés doivent délivrer uniquement sur demande spécifique de la mère (et / ou autres personnes mandatées), tous les substituts du lait maternel (tétines , biberons, laits, sucettes, farine et tout autre produit) pouvant interférer avec l'allaitement maternel
II. Tous les substituts du lait maternel, sucettes, tétines et tout autre produit qui pourrait interférer avec l'allaitement doit être placé derrière le comptoir de la pharmacie et non plus en accès libre dans l'espace de vente.
III. Tout le personnel est tenu de donner une information éclairée sur tout produit ou article en lien avec l'alimentation du nourrisson. En aucun cas la pharmacie ne peut refuser la vente d'un de ces produits.

8. **Acheter les substituts du lait maternel sans adhérer aux campagnes promotionnelles et refuser d'offrir aux mères tout cadeau ou gadget promotionnel provenant des fabricants de laits infantiles**

I. A l'intérieur de l'officine il est interdit de proposer des offres promotionnelles, des produits à prix réduit et des ventes associées émanant des laboratoires pour ne pas induire à la consommation de ces produits
II. Il est interdit de donner aux mères des dépliants d'informations gratuits présentés par les fabricants comme «pédagogiques», alors qu'en fait il s'agit de leurs catalogues publicitaires
III. Il est interdit de distribuer aux femmes enceintes ou à des mères avec nourrissons allaités, tout type de cadeaux qui fassent la promotion de l'usage de substituts du lait maternel

Madame / Monsieur, ROUSSEL FREDERIC

Titulaire de la pharmacie MARCEAU

située à 116, ave Marceau 92400 COURBEVOIE

s' engage à:

• adhérer à **« l'Initiative Pharmacie amie de l'allaitement »**

• respecter la charte « Pharmacie amie de l'allaitement»

• accepter que le label soit soumis a une durée limitée ainsi qu'à une réévaluation de l'ensemble des critères qui sera effectuée par les autorités compétentes comme l'Association "Il Melograno", (association ayant conçu et mis en œuvre l'initiative "Pharmacie Amie de l'allaitement " en Italie.)

Après une évaluation positive, la certification et une affichette « Pharmacie Amie de l'allaitement maternel » sera remise à l'officine.

Date, 2 dec - 2016

Signature

ANNEXE 4: La location de tire-laits à la Pharmacie Marceau Voie Lactée

La location de tire-lait a été l'un des premiers services mis à disposition par le Dr Roussel concernant l'allaitement au sein de la pharmacie. C'est par cette activité qu'il a débuté dans le domaine de l'allaitement et que les entretiens d'accompagnement sont nés. Si l'on exclut les ventes de produits hors-ordonnance, la location de tire-lait est également la seule activité rémunératrice pour la pharmacie en matière d'allaitement. La location d'un tire-lait peut s'avérer utile à tout moment au cours de la période d'allaitement et ce pour des motifs variés (Tableau XXIX).

Tableau XXIX: Motifs, objectifs et périodes concernées par la location d'un tire-lait

Période d'allaitement	Motifs de location	Objectif
Initiation – 1er mois	Retard lactogenèse	Stimuler la lactation
	Douleurs/crevasses	Soulager
	Engorgement/Mastite	Drainer le sein si les tétées ne suffisent pas et éviter l'évolution vers l'abcès
	Le bébé n'arrive pas à s'accrocher au mamelon ou ne tète pas assez efficacement	Complémenter le nouveau-né avec du lait maternel
	Séparation mère/bébé (maman ou bébé hospitalisé par exemple)	Poursuivre l'allaitement du bébé Stimuler la lactation de la mère Eviter l'engorgement
Reprise du travail	Séparation de la mère et de son bébé lors de la reprise de l'activité professionnelle de la maman	Entretenir la lactation Eviter les engorgements Poursuivre l'allaitement malgré la séparation mère/bébé Faire des réserves de lait maternel
Sevrage	Arrêter l'allaitement	Eviter l'inconfort maternel et les engorgements
À tout moment	Complications	Soulager la maman, guérir et éviter les récidives. Permettre la poursuite de l'allaitement
	Flexibilité pour la maman	Permettre à la maman de s'absenter tout en assurant l'allaitement de son bébé

En termes de fonctionnement interne, la location d'un tire-lait nécessite des systèmes :

- De gestion des rendez-vous (téléphone, plateforme Maiia)
- De traçabilité du matériel loué
- D'identification et de stockage des tire-laits
- D'une procédure de désinfection
- De facturation des locations et de relances en cas d'absence d'ordonnance de prolongation de location ou de rejets de facturation auprès des organismes payeurs.
- Comptables d'encaissement et de remboursement de caution

Concrètement, la location d'un tire-lait se réalise en 5 étapes :

1. Prise de RDV avec envoi d'un e-mail de confirmation du RDV et d'un e-mail de réservation comprenant un questionnaire sur les renseignements administratifs nécessaires à la location.
2. Entretien avec édition d'un contrat et d'un dossier de location
3. Facturations périodiques et relances auprès des parents si besoin (e-mail, téléphone, courrier recommandé) afin d'obtenir une ordonnance de location à jour.
4. Retour du tire-lait : satisfaction de la maman, vérification du matériel, facturation finale, remboursement de la caution, écriture comptable, traçabilité, retour dans le logiciel de gestion de l'officine.

5. Désinfection du tire-lait, vérification, mise sous scellé et inscription en traçabilité, rangement du tire-lait prêt pour une nouvelle location

Différents modèles de tire-lait sont proposés à la location et choisis avec les mamans en fonction de leurs besoins, de leur souhait, du contexte de la location et de l'environnement d'utilisation (Tableau XXX). Actuellement, les 2 modèles les plus loués sont le Medela Symphony et le Spectra. Le Medela Symphony est très connu des parents et du personnel de maternité en raison de l'ancienneté de Medela sur le marché des tire-laits et de sa force marketing. Le Spectra est une belle découverte. Il est très apprécié du personnel de la pharmacie et des mamans de par son côté compact et son fonctionnement sur batterie lui permettant de répondre aux besoins des mères du début à la fin de leur allaitement.

Tableau XXX: Modèles de tire-laits disponibles à la location, contexte de location et caractéristiques

Modèle tire-lait	Sortie maternité	Reprise du travail	Caractéristiques majeures
Medela Symphony	**X**		+ : robuste, efficace - : lourd
Spectra	**X**	**X**	+ : compact, léger, sur batterie, kit de pompage avec 4 tailles de téterelles - : double pompage moins efficace en début d'allaitement
Ameda Lactaline		**X**	+ : Petit et léger - : ancien, sur secteur uniquement
Ameda Finesse		**X**	+ : Petit et léger - : ancien, sur secteur uniquement
Elite	**X**		+ : robuste et efficace - : très volumineux
Ameda MiaJoy		**X**	+ : récent, très compact, réglages intuitifs - : pas encore de retour de maman
Minikitett Pro		**X**	+ **:** + : récent, très compact - : réglages et montages peu aisés

Photo 24: Tire-laits disponibles à la location et matériel utilisé lors des entretiens

Déroulé de l'entretien de location (étape 3)

Après avoir accueilli les parents, le premier échange vise à cerner les raisons pour lesquelles la maman souhaite louer un tire-lait en mettant en perspective l'âge de son bébé et comment se passe son allaitement. Une fois le contexte posé et les besoins clairement identifiés, les tire-laits les plus adaptés lui sont présentés et les parents effectuent leur choix. Une démonstration complète de l'utilisation du tire-lait est faite : présentation des différents éléments, entretien, montage et bonnes pratiques d'utilisation sont abordés. La mesure de la taille de téterelle, et parfois un essayage, sont également réalisés. Ajouté à cela, des informations sur les durées, fréquences et moments de tirage sont donnés.

ANNEXE 5 : Projet de loi n°3964 de Mme Bérangère Poletti

N° 3964

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 mars 2021.

PROPOSITION DE LOI

*L'***allaitement maternel** *:*
pour une **meilleure sensibilisation** *et plus d'***informations**,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Bérengère POLETTI, Nathalie PORTE, Guy TEISSIER, Jean-Luc REITZER, Anne-Laure BLIN, Isabelle VALENTIN, Patrick HETZEL, Robert THERRY, Sandrine BOËLLE, Pierre CORDIER, Dino CINIERI, Julien RAVIER, Bernard PERRUT, Sylvie BOUCHET BELLECOURT, Jérôme NURY, Laurence TRASTOUR-ISNART, Fabien DI FILIPPO, Édith AUDIBERT, Valérie BEAUVAIS, Martial SADDIER, Jean-Pierre DOOR, Claude de GANAY, Stéphane VIRY, Olivier MARLEIX, Raphaël SCHELLENBERGER, Nathalie BASSIRE,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Alors que la promotion de l'allaitement maternel est l'un des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS), la situation dans notre pays n'est pas satisfaisante : un peu plus de la moitié des femmes seulement choisissent d'allaiter leur enfant à la naissance. Ce niveau est donc largement inférieur à celui observé dans la majorité des pays voisins européens, notamment dans les pays scandinaves où plus de 95 % des enfants sont allaités à la naissance. En France, les disparités régionales restent par ailleurs très fortes avec plus d'enfants allaités en Ile-de-France et surtout dans les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte) où l'allaitement à la naissance concerne 85 % des enfants. Certains départements du nord (Aisne, Somme, Pas-de Calais) et du centre de la France (Cantal, Allier) affichent des taux inférieurs à 50 %.

En effet, selon l'enquête nationale périnatale 2016, il y a eu une diminution des taux d'initiation progressive à l'allaitement en France métropolitaine entre 2010 et 2016 (68,7 % à 66,7 %). Selon l'enquête Epifane (Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie) de 2012, le taux d'allaitement initié à la maternité est de 74 %, puis passe à 54 % à un mois et 39 % à la reprise du travail. La conclusion est simple : **la durée de l'allaitement est trop courte**.

Pourtant, les recherches scientifiques démontrent de nombreux bénéfices de l'allaitement maternel, notamment pour le développement du nourrisson. En effet, d'après un rapport du Professeur Dominique TURCK, l'allaitement satisfait à lui seul les besoins nutritionnels du nourrisson pendant les six premiers mois de sa vie et a de nombreux effets bénéfiques sur la santé de l'enfant à court et long terme et sur la santé de la mère. La composition du lait évolue avec la croissance de l'enfant. Il est également établi que l'allaitement favorise le lien mère-enfant, la réduction de la fréquence des infections et des allergies chez les nourrissons et protège contre l'obésité. Dans un pays industrialisé comme la France, le Professeur Turck explique également que l'allaitement est associé chez le nourrisson à un moindre risque de diarrhées aiguës, d'otites aiguës et d'infections respiratoires sévères mais aussi à une diminution de maladies chroniques comme le diabète de type 1 et 2.

Trois éléments stratégiques doivent être soulignés : premièrement, il est évident que les professionnels de santé sont en première ligne pour apporter

une information complète et de qualité et également inciter les mères à faire le choix de l'allaitement maternel exclusif et à le prolonger. Deuxièmement, la confiance de chaque mère dans sa capacité à nourrir son enfant est essentielle pour assurer un allaitement satisfaisant. Troisièmement, l'environnement direct dans lequel se déroule l'allaitement par la mère est décisif. À ce titre, les facilités pour allaiter, comme les conditions de reprise de l'activité professionnelle sont autant d'éléments qui influencent la décision de la mère d'allaiter et les modalités de son allaitement. Cependant, depuis peu, il est nécessaire de souligner que les nouvelles technologies ont permis à des communautés de mères allaitantes de pouvoir mieux communiquer, ces communautés constituent en effet un support intéressant pour l'allaitement maternel.

Mais la France est aussi est un pays souple au sujet de la pudeur. Aucune disposition générale ou nationale ne prohibe l'allaitement dit « en public ». Pourtant, au regard de la sexualisation de la poitrine féminine, le « contrôle social » nourrit parfois un certain rejet de l'allaitement en public. Le nombre de cas de femmes se voyant interdire l'allaitement dans des lieux publics, et même dans des lieux dévolus aux services publics (commissariat, caisse d'assurance maladie…) augmente, même s'il reste faible. L'allaitement relève d'un **choix personnel**, parfois dans le cadre d'un projet parental d'éducation, et aucune injonction extérieure ne doit restreindre cette ambition.

Dans certains pays, l'allaitement dans un lieu public a été normalisé, à juste titre. Par exemple, les États-Unis ont adopté des lois pour garantir le droit de chacune d'allaiter son enfant dans l'espace public, interdisant même la ségrégation, celle-ci les contraignant à aller dans un espace déterminé pour allaiter. En Ecosse, le Parlement a légiféré afin de sanctionner le fait d'interdire ou de tenter d'interdire une maman d'allaiter son enfant de 0 à 2 ans.

Rien ne justifie de refuser l'allaitement d'un enfant, et ce peu importe le lieu.

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) rappelle que l'allaitement dans l'espace public « *reste encore à développer en France, pays où le* ***rejet culturel*** *de l'allaitement reste particulièrement sensible* » et qu'il faudrait « *réfléchir à l'échelle de la population entière* ». En effet, les femmes souhaitant allaiter peuvent être victimes de pression sur le plan médical (dans les maternités/facilité de l'allaitement artificiel), sociétal (dans l'espace public) et personnel (conjoint opposé à l'allaitement maternel) concernant

leur choix. De leur côté, les plus hautes autorités internationales (Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), Innocenti et Innocenti+15, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 2002 Global Strategy ou encore le rapport « Les 1000 premiers jours » de septembre 2020) recommandent aussi, et depuis très longtemps, de protéger les droits de la femme allaitante et de soutenir l'allaitement maternel, en le promouvant, y compris en public. D'autre part, certaines associations ont mis en place des fichiers partenaires de lieux qui accueillent les femmes allaitantes afin qu'elles aient accès aux toilettes et à la tranquillité pour allaiter leur bébé. Il s'agirait de rendre toute sa place à l'allaitement maternel, l'alimentation idéale des premiers mois du nourrisson, en lui apportant une immunité efficace contre les maladies graves.

Par ailleurs, La Convention relative aux Droits de l'Enfant, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1989 et ratifiée par tous les pays membres excepté les Etats-Unis d'Amérique et la Somalie, énonce la nécessité de prendre les mesures appropriées pour « [...] *faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information* » (Article 24).

Il apparait donc aujourd'hui essentiel de **réaffirmer cette liberté**, bénéfique pour la santé de l'enfant et de la mère allaitante.

Le **premier article** de la présente proposition de loi vise donc à clarifier la situation des femmes allaitant un enfant au regard de l'article 222-32 du code pénal et à empêcher tout engagement de poursuite en prévoyant une disposition spécifique sur l'allaitement en public. Afin de donner plus de consistance à cet objectif, il est également proposé de prévoir directement le dispositif juridique correspondant et de sanctionner une telle interdiction ou tentative d'interdiction une par une amende de 1500 euros, montant qui peut être porté à 3 000 euros en cas de récidive, conformément aux dispositions de l'article 131-1 du code pénal.

Il est essentiel d'agir sur plusieurs leviers notamment sociétaux et culturels, de travailler avec les acteurs de première ligne, à savoir les professionnels de la périnatalité et de la petite enfance, et d'intervenir dans les espaces publics afin de faciliter la mise en œuvre de l'allaitement.

Dans le respect du choix de la femme, l'objectif d'établissement de l'allaitement maternel comme élément de la politique de santé est poursuivi

dans la *section 2* afin d'agir sur l'image sociale des femmes qui allaitent dans les lieux publics, en maintenant leur droit à disposer de leur corps en toute circonstance. Cette campagne de promotion de l'allaitement maternel ne se veut ni stigmatisante, ni culpabilisante vis-à-vis des mères qui ne peuvent pas ou ne souhaitent tout simplement pas allaiter.

L'**article 2** vise donc à inscrire la promotion de l'allaitement dans le code de la santé publique dans tous les milieux de vie, les milieux d'enseignement et sur tous les lieux de travail.

L'article 3 de la proposition de loi vise à prévoir que l'information sur les bénéfices médicaux de l'allaitement maternel doit être délivrée à l'occasion des examens prénataux obligatoires prévus, pour toutes femmes enceintes, par les articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique : intervenant avant l'accouchement, cette information pourra avoir une plus grande effectivité.

L'article 4 prévoit un rapport portant sur l'application des dispositions actuelles du code du travail relatives à l'allaitement et notamment pour évaluer la mise en place systématique d'un congé spécifique pour l'allaitement.

La section 3 vise à apporter des dispositions spécifiques aux femmes allaitantes dans le milieu du travail.

Si les femmes se voient souvent mal informées sur les dispositions d'aménagement du temps de travail dans le cadre d'un allaitement, **l'article 5 r**enforce l'information des femmes sur le droit d'allaiter sur le lieu de travail ou en dehors de celui-ci. Cet article vise donc à créer une obligation pour l'employeur d'informer les salariées, au moment de la déclaration de la grossesse pour la femme auprès de l'entreprise et au plus tard avant leur congé maternité sur les dispositions en vigueur dans l'entreprise concernant l'allaitement maternel.

Le droit du travail n'étant pas directement applicable aux agents publics, une disposition législative équivalente est prévue pour étendre cette mesure aux fonctionnaires.

L'article 6 vise donc à aménager un créneau horaire spécifique pour l'allaitement dans les entreprises de plus de cinq salariées (et non plus cent comme le prévoit la législation actuelle), car bien souvent, les entreprises ne disposent pas de locaux dédiés à l'allaitement. La femme allaitante doit

pouvoir se rendre dans la crèche accueillant son enfant sur son temps de travail et sans conséquence.

La durée du congé maternité est fixée par loi et comprend le congé prénatal et postnatal, elle peut être adaptée à la situation familiale, au déroulement de la grossesse et aux conditions de naissance de l'enfant. Le congé maternité permet de se reposer avant l'accouchement et après la naissance de l'enfant. S'il n'existe pas encore de congé spécifique pour allaitement, certaines conventions collectives peuvent éventuellement prévoir de prolonger le congé postnatal pour ce motif comme c'est le cas dans les banques et les assurances.

Sur la base de ces expériences convaincantes, **l'article 7 et 8** prévoient l'allongement de la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale. En effet, un congé post-natal plus long est un élément décisif pour une poursuite plus satisfaisante de l'allaitement, dont la prévalence s'effondre aujourd'hui environ dix semaines après la naissance. Ces articles visent donc à encourager le prolongement de la durée de l'allaitement.

La quatrième et dernière section vise à promouvoir l'allaitement autant que possible, pour informer.

La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des Technologies de Santé de la Haute Autorité de santé a indiqué dans son avis du 15 janvier 2019 qu'une extension de la prescription des tire-laits aux infirmières puéricultrices pourrait être envisagée dans la mesure où celles-ci participent déjà à l'accompagnement à l'allaitement. En effet, l'article R. 4311-13 du code de la santé publique précise que l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice dispense en priorité les actes de surveillance du régime alimentaire du nourrisson.

Le diplôme d'État de puéricultrice est délivré aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme qui ont validé une formation spécifique. Aujourd'hui parmi eux, seules les sages-femmes ont l'autorisation de prescrire des tire-laits (arrêté du 27 juin 2006).

L'article 9 propose d'inscrire la possibilité de prescription de tire-laits dans le code de la santé publique afin de soutenir l'allaitement maternel en France alors que celui-ci diminue de façon inquiétante selon l'enquête nationale périnatale de 2016. La promotion de l'allaitement maternel nécessite d'ouvrir la prescription au-delà du seul tire-lait, aux dispositifs de soutien à l'allaitement. Ces dispositifs sont complémentaires, le soutien à l'allaitement ne se limitant pas à la seule nécessité de recourir au tire lait.

L'article 10 instaure une journée mondiale de l'allaitement maternel et **l'article 11** vise à mettre en place une importante campagne d'information et de promotion de l'allaitement maternel à l'échelle nationale dans le cadre de l'activité professionnelle des femmes.

L'article 12 prévoit la création d'un comité national de l'allaitement (CNA). Il comporterait des représentants du Ministère des Solidarités et de la Santé et des agences de santé, compétents dans le domaine de l'allaitement et des représentants d'associations ayant pour objectif la promotion de l'allaitement. Ce comité doit être intégré à la Commission nationale de la naissance.

L'**article 13** prévoit d'importantes campagnes d'information télévisuelles à l'échelle nationale, subordonnée par les Agence régionales de santé ainsi que le Comité national de l'allaitement. Après la première campagne télévisuelle, une évaluation doit être menée par le Ministère des Solidarités et de la Santé où un rapport devra être rendu au Parlement pour évaluer l'impact de cette campagne télévisuelle.

Enfin, l'**article 14** prévoit la remise d'un rapport par le Gouvernement au Parlement portant sur les conséquences économiques chez les femmes allaitantes relatives à l'arrêté du 11 mars 2019 portant modification des modalités de prise en charge des tire-laits. En effet, cet arrêté ne vise clairement pas à encourager l'allaitement maternel, certaines femmes en situation de précarité renoncent parfois à louer des tire-laits parce que les délais de remboursement de ceux-ci par la sécurité sociale sont trop courts : ils ne sont que de 10 semaines à compter de la première prescription.

Seule une stratégie adaptée permettra la création d'un environnement favorable au soutien des femmes et de leurs partenaires dans leur choix d'allaitement. Soutenir le choix de ces femmes, c'est un pas de plus vers leur liberté individuelle.

PROPOSITION DE LOI

Section 1

Protection de l'allaitement maternel dans l'espace public

Article 1

① I. – Le code pénal est ainsi modifié :

② 1° L'article 222-32 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

③ « N'est pas constitutif de l'infraction prévue au premier alinéa le fait d'allaiter un enfant dans un lieu public. »

④ 2° Après la section 1 *ter* du chapitre V du titre II du livre II, il est inséré une section 1 *quater* ainsi rédigée :

⑤ *« Section 1 quater*

⑥ ***« De l'interdiction de l'allaitement dans un lieu public »***

⑦ « *Art. 225-4-11.* – Le fait d'interdire ou de tenter d'interdire l'allaitement d'un enfant dans un lieu public est puni de 1 500 euros d'amende. »

⑧ II. – Dans les douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en œuvre de l'article 225-4-11 du code pénal.

Section 2

L'allaitement maternel, élément de la politique de santé

Article 2

① Après le 2° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est ajouté un 2° *bis* ainsi rédigé :

② « 2° *bis* La protection de la grossesse et de la maternité, notamment la promotion de l'allaitement maternel ; »

Article 3

① L'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Lors de l'avant-dernier examen prénatal précédant la date présumée de l'accouchement, une information sur les bénéfices médicaux de l'allaitement maternel est délivrée à la femme enceinte. »

Article 4

Dans les douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport procédant à l'évaluation des dispositions relatives à l'allaitement prévues par le code du travail et par les textes applicables aux agents publics.

Section 3

Allaitement et vie professionnelle

Article 5

① I. – Au début de la sous-section 5 de la section 1 du chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail, il est ajouté un article L. 1225-30 A ainsi rédigé :

② « Art. L. 1225-30 A. – L'employeur informe la salariée, avant le début de son congé maternité, des dispositions relatives à la protection de la grossesse et de la maternité, notamment l'allaitement, prévues par le présent code ainsi que les conventions et accords collectifs qui lui sont applicables. »

③ II. – L'article 46 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

④ « Avant le début de son congé de maternité, l'agent public est informé des dispositions relatives à la protection de la grossesse et de la maternité, notamment l'allaitement, prévues par les lois et les règlements qui lui sont applicables. »

Article 6

① L'article L. 1225-32 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Tout employeur employant plus de cinq salariées doit pouvoir aménager un créneau horaire spécifique pour les besoins d'une femme pratiquant l'allaitement. »

Article 7

① I. Après l'article L. 1225-19 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

② « *Art. L. 1225-19-1.* – Lorsque la salariée déclare allaiter son enfant, la durée du congé de maternité est majorée de quatre semaines. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. »

Article 8

① Après le premier alinéa de l'article L. 1225-4-1 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'une salariée pendant les quatorze semaines suivant la naissance de son enfant. »

Section 4

Promotion de l'allaitement maternel

Article 9

① Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Cet arrêté précise également la liste des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement que les infirmiers, titulaires du diplôme d'État de puéricultrice, peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin ou de la sage-femme. »

Article 10

① La République Française institue une journée nationale de l'allaitement maternel.

② Au cours de cette journée, des actions de promotion de l'allaitement maternel sont organisées aux niveaux national et départemental.

③ Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

Article 11

Des campagnes d'informations sont menées avec les agences régionales de santé à l'attention des femmes qui allaitent pour les informer des salles d'allaitement disponibles dans les entreprises et des structures qui mettent en location des tire-laits.

Article 12

Il est institué un comité national de l'allaitement auprès de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant.

Article 13

① Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, une campagne d'information télévisée destinée à promouvoir l'allaitement maternel est mise en place en coordination avec le comité national de l'allaitement.

② Le Gouvernement remet un rapport au Parlement évaluant l'impact de cette campagne sur les publics cibles.

③ À l'issue de cette évaluation, de nouvelles campagnes télévisées sont organisées à intervalles réguliers.

Article 14

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport procédant à l'évaluation des conséquences économiques relatives à l'arrêté du 11 mars 2019 portant modification des modalités de prise en charge des tire-laits inscrits au titre I^{er} de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.

Section 5

Recevabilité financière

Article 15

① I. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

② II. – La charge pour les collectivités territoriales est compensée à due concurrence par l'augmentation de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

③ III. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Université de Lille

FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2021/2022

Nom : URBIN
Prénom : Anne-Lise

Titre de la thèse : Le Biological Nurturing : une nouvelle approche de l'allaitement au service des mères à risque de dépression post-natale ? Mise en pratique à l'officine.

Mots-clés : Allaitement, dépression post-natale, allaitement instinctif, santé publique, DOHaD

Résumé :

Allaitement et dépression post-natale sont deux enjeux de Santé Publique identifiés comme axes prioritaires de prévention par la Commission des 1000 premiers jours, dont le premier rapport est paru en septembre 2020. En effet, d'une part, les taux d'allaitement en France à 3 et à 6 mois restent faibles malgré un taux d'initiation relativement élevé ; d'autre part, la DPN est une pathologie méconnue, à la fois des professionnels de la périnatalité et du grand public. Le lien entre allaitement et dépression post-natale (DPN) ne se limite pas à la période du post-partum : ces deux enjeux sont réunis dans le besoin crucial d'un accompagnement bienveillant et empathique des parents, en particulier de la mère, en la plaçant au centre afin de lui donner confiance en ses compétences. Cela implique, pour les professionnels, d'adopter une posture humble et non interventionniste, laissant toute leur place aux parents, au lieu de se positionner en « sachants » distillant des conseils souvent toxiques. La littérature scientifique relate de façon indéniable l'impact négatif de la DPN sur la durée de l'allaitement. En revanche, très peu d'études ont considéré l'allaitement comme facteur préventif de la DPN maternelle et des conséquences qu'elle peut engendrer, à la fois chez la mère, chez le père et chez leur(s) enfant(s).

Dans ce contexte, le présent travail expose une nouvelle approche de l'allaitement, le Biological Nurturing dit « Allaitement instinctif » et tente d'explorer en quoi elle pourrait être intéressante vis-à-vis de la DPN maternelle en se basant sur ses principes fondateurs : placer la mère au centre de son allaitement, la rendre pleinement actrice et autonome afin qu'elle gagne confiance et plaisir d'allaiter. Le BN est issu des recherches doctorales d'une sage-femme anglaise, Mme Suzanne Colson. Elles ont été publiées pour la première fois en 2008. L'accompagnement BN des parents allaitants est mis en lumière au travers de l'expérience inédite de la Pharmacie Marceau Voie Lactée, à Courbevoie : une officine labélisée Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel, qui ouvre de belles perspectives sur la place du pharmacien d'officine dans le soutien à l'allaitement parmi l'ensemble des professionnels de santé en périnatalité.

Membres du jury :

Président : M. Cuny Damien, Professeur des Universités, Laboratoire de Sciences Végétales et Fongiques, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Directeur de Thèse : Mme Nikasinovic Lydia, Maître de Conférence, Laboratoire de Toxicologie et Santé Publique, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Assesseur(s) : Mme Ayadi Monia, Dr en Pharmacie, Pharmacien Titulaire, Pharmacie Marceau Voie Lactée, Courbevoie

Mme Colson Suzanne, Sage-Femme, BA, MSc, PhD, Professeur Adjoint Invité Canterbury Christ Church University

M. Roussel Frédéric, Dr en Pharmacie, Pharmacien Titulaire, Pharmacie Marceau Voie Lactée, Courbevoie

M. Subtil Damien, Professeur en Gynécologie et Obstétrique, Chef de Pôle Femme, Mère et Nouveau-né, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille